1 de enero - 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios de salud y servicios y cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP)

Este documento le proporciona detalles acerca de su atención médica, atención a largo plazo, servicios basados *en la comunidad y el hogar según corresponda, y cobertura de medicamentos recetados de Medicare y MassHealth (Medicaid)* del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, póngase en contacto con el Servicios para Miembros llamando al 855-833-8125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.)**. Esta llamada es gratuita.**

Este plan, WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP), es ofrecido por Boston Medical Center Health Plan, Inc. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* se dice "nosotros", "nos" o "nuestro" significa Boston Medical Center Health Plan, Inc., conocido como WellSense Health Plan. Cuando se dice "plan" o "nuestro plan," se refiere a WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP).

Este documento está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Podemos proporcionarle este documento en braille, en letra grande u otros idiomas o formatos alternativos sin costo si usted lo necesita. Los beneficios, pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

La lista de medicamentos (Formulario), la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a los miembros afectados con al menos 30 días de antelación.

WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) es un plan HMO con un contrato de Medicare Advantage y un contrato con el programa Medicaid de Massachusetts. La inscripción para WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato. WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) es un

programa voluntario de MassHealth (Medicaid) en asociación con la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS). El plan también tiene un acuerdo escrito con el programa de Medicaid de Massachusetts para coordinar sus beneficios de MassHealth (Medicaid). Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas.

La ley federal le exige a MassHealth que recupere dinero de los patrimonios de ciertos miembros de MassHealth (Medicaid) de 55 años o más, y de aquellos de cualquier edad que estén recibiendo atención a largo plazo en una residencia para ancianos u otra institución médica. Si desea más información sobre la recuperación de herencias de MassHealth (Medicaid) , visite mass.gov/estaterecovery.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender acerca de:

- La prima de su plan y el costo compartido (hay un costo de $0 para los miembros de Senior Care Options (SCO);
- sus beneficios médicos y de medicamentos recetados;
- cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda; y
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

H9585_MASCO_DSNPEOC_2025_C SP

Evidencia de cobertura para 2025

Índice

CAPÍTULO 1: *Cómo comenzar como miembro* 5

SECCIÓN 1 Introducción 6
SECCIÓN 2 ¿Cuáles son los requisitos para ser miembro de un plan? 8
SECCIÓN 3 Materiales de membresía importantes que recibirá 11
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) 12
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 16
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan 16
SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan 18

CAPÍTULO 2: *Números telefónicos y recursos importantes* 20

SECCIÓN 1 Información de contacto de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Servicios para Miembros) 21
SECCIÓN 2 Medicare (Cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) 26
SECCIÓN 3 Programa de Asistencia Estatal sobre Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 28
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad 29
SECCIÓN 5 Seguro Social 30
SECCIÓN 6 MassHealth (Medicaid) 31
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados 34
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios 35
SECCIÓN 9 ¿Tiene seguro grupal u otro seguro médico de un empleador? 36
SECCIÓN 10 Usted puede obtener ayuda de las Agencias sobre el Envejecimiento del Área 37

CAPÍTULO 3 Uso del *plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos* 39

SECCIÓN 1 Lo que debe saber acerca de cómo obtener su atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan 40

SECCIÓN 2 Uso de los proveedores de la red del plan para recibir atención médica y otros servicios 42

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia o necesidad urgente de atención o durante una catástrofe 47

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente a usted el costo total de los servicios? 50

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica? 51

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una institución religiosa de atención de la salud no médica 54

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero 55

CAPÍTULO 4: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto)* 58

SECCIÓN 1 Entender los servicios cubiertos 59

SECCIÓN 2 Utilice el *Cuadro de beneficios médicos* para averiguar qué está cubierto 59

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 129

CAPÍTULO 5: *Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D* 134

SECCIÓN 1 Introducción 135

SECCIÓN 2 Adquirir sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan 136

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan 140

SECCIÓN 4 Hay restricciones de cobertura en algunos medicamentos 142

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía que lo esté? 144

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos? 147

SECCIÓN 7 ¿Qué tipo de medicamentos *no* tienen cobertura del plan? 150

SECCIÓN 8 Surtir una receta 151
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 152
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos 154

CAPÍTULO 6: *Cómo solicitar que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos* 158

SECCIÓN 1 Situaciones en que debe solicitar que paguemos por los servicios o medicamentos cubiertos 159
SECCIÓN 2 Cómo solicitar que le reembolsemos o que paguemos una factura que usted haya recibido 162
SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y responderemos afirmativa o negativamente 163

CAPÍTULO 7: *Sus derechos y responsabilidades* 164

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos y sensibilidad cultural como miembro del plan 165
SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 172

CAPÍTULO 8 *: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* 174

SECCIÓN 1 Introducción 175
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 176
SECCIÓN 3 Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y MassHealth (Medicaid) en nuestro plan 177
SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones 177
SECCIÓN 5 Una guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 178
SECCIÓN 6 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 182
SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 195
SECCIÓN 8 Cómo solicitar la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada si considera que se le está dando de alta antes de tiempo 206

SECCIÓN 9 Cómo solicitar que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura finaliza antes de tiempo 212

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a otras instancias 217

SECCIÓN 11 Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente y otras inquietudes 221

CAPÍTULO 9: *Cómo finalizar su membresía en el plan* 227

SECCIÓN 1 Introducción para finalizar su membresía en nuestro plan 228

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted cancelar su membresía en nuestro plan? 228

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía a nuestro plan? 232

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus artículos y servicios médicos, y medicamentos a través de nuestro plan 235

SECCIÓN 5 WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía al plan en ciertas situaciones 235

CAPÍTULO 10: *Avisos legales* 238

SECCIÓN 1 Notificación sobre la legislación vigente 239

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 239

SECCIÓN 3 Notificación de los derechos de subrogación de Medicare como asegurador secundario 240

CAPÍTULO 11: *Definiciones de términos importantes* 241

CAPÍTULO 1:
Cómo comenzar como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP), que es un plan especializado de Medicare Advantage (Plan de necesidades especiales)

Usted está cubierto por Medicare y MassHealth (Medicaid):

- **Medicare** es el programa federal de seguro médico para las personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal (insuficiencia renal) en etapa terminal.
- **MassHealth (Medicaid)** es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga usted. Algunas personas con Medicaid obtienen ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura para los servicios adicionales y los medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha decidido recibir su atención de salud estándar de Medicare y MassHealth (Medicaid) y la cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso al proveedor en este plan difieren de Original Medicare.

WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP*)* es un Plan Medicare Advantage especializado (un Plan de necesidades especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP*)* está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de MassHealth (Medicaid).

Como usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid) con el costo compartido de la Parte A y la Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no tenga que pagar nada por los servicios de atención médica de Medicare. MassHealth (Medicaid) le brinda otros beneficios que cubren servicio de atención médica que incluyen *medicamentos recetados, atención de largo plazo o servicios basados en el hogar o la comunidad* que generalmente no están cubiertos por Medicare. Usted también recibirá “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus

medicamentos recetados de Medicare. WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) lo ayudará a administrar todos estos beneficios, para que reciba los servicios de atención médica y de pago a los que usted tiene derecho.

WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) es operado por una organización sin fines de lucro. Como todos los planes de Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene contrato con el programa MassHealth *de Massachusetts (*Medicaid) para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle la cobertura de salud de Medicare y MassHealth (Medicaid) que incluye la cobertura de sus medicamentos recetados, atención de largo plazo, y servicios basados en el hogar y la comunidad.

La cobertura de este Plan califica como cobertura de salud calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), en https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué trata el documento de *Evidencia de cobertura*?

Este documento de *Evidencia de cobertura* le indica cómo obtener su atención médica de Medicare y MassHealth (Medicaid), atención de largo plazo, servicios basados en el hogar o la comunidad, y medicamentos recetados. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención médica, la atención a largo plazo o los servicios basados en el hogar y la comunidad y a los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP).

Es importante que usted conozca cuáles son las reglas del plan y qué servicios están a su disposición. Le recomendamos que se tome un tiempo para revisar este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido, tiene inquietudes o simplemente desea hacer una pregunta, comuníquese a Servicio de Atención.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier notificación que le enviemos acerca de los cambios en su cobertura o las afecciones que pueden afectar su cobertura. Estas notificaciones pueden denominarse *cláusulas* o *enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en que usted está inscrito en WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2025. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, o por ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2025.

El Estado de Massachusetts/Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos debe aprobar nuestro plan cada año. Medicare (los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) cada año. Puede seguir recibiendo cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan, siempre y cuando nosotros optemos por seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación.

SECCIÓN 2 ¿Cuáles son los requisitos para ser miembro de un plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre que:

- tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare
- -- *y* -- vive en nuestra área geográfica de servicio (en el apartado 2.3 se describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfico, incluso si están físicamente ubicadas en ella

- -- *y* -- sea un ciudadano de Estados Unidos o tenga presencia legal en Estados Unidos
- -- *y* -- cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos de elegibilidad especial de nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben determinados beneficios de MassHealth (Medicaid). MassHealth (Medicaid) es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. Para participar en nuestro plan, usted debe tener 65 años o más y calificar tanto para Medicare como para MassHealth (Medicaid) con una categoría de ayuda elegible de SCO.

Tenga en cuenta: si pierde su condición de elegibilidad, pero se puede prever razonablemente que podría recuperarla en el plazo de 1 mes, seguirá siendo elegible para ser miembro de nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período de elegibilidad considerada continua). Hay un costo de $0 para miembros de Senior Care Options (SCO).

Sección 2.2 ¿Qué es MassHealth (Medicaid)?

MassHealth (Medicaid) es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que ayuda a sufragar los gastos médicos y de cuidados a largo plazo de determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide lo que cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa siempre que cumplan los lineamientos federales.

Además, se ofrecen programas a través de MassHealth (Medicaid) que ayudan a la gente con Medicare a pagar sus costos de Medicare, así como sus primas de Medicare. Estos "Programas de ahorro de Medicare" ayudan a personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, así como otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de MassHealth (Medicaid) [QMB+]).

- **Beneficiario de Medicare Específico de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de MassHealth (Medicaid) [SLMB+]).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP)

WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) está disponible únicamente para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Massachusetts: Barnstable, Bristol, Hampden, Plymouth y Suffolk.

Si planea mudarse a un nuevo estado, también debe comunicarse con la oficina de MassHealth (Medicaid) de Massachusetts y preguntar cómo esta mudanza afectará sus beneficios de MassHealth (Medicaid). Los números de teléfono de MassHealth (Medicaid) están en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicio de Atención para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando usted se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

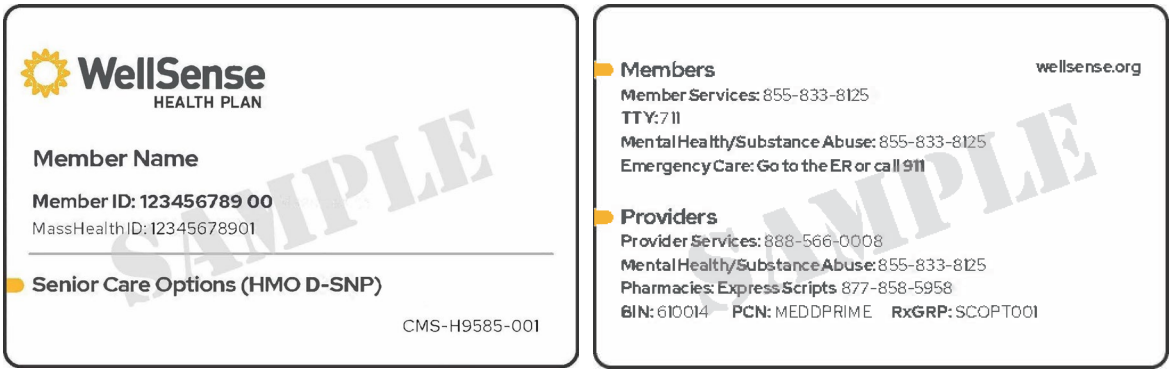
Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o con presencia legal

Como miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano de los EE. UU. o poseer residencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros para Servicios para Medicare y Medicaid) notificará a WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) si usted no califica para permanecer como miembro según este motivo. WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) debe cancelar su inscripción si usted no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales de membresía importantes que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, usted debe utilizar su tarjeta de identificación de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados que reciba de una farmacia de la red. Usted NO deberá mostrarle su tarjeta de MassHealth (Medicaid) al proveedor. A continuación, se encuentra una muestra de la tarjeta de identificación para que sepa cómo se verá:



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP), es posible que tenga que pagar usted mismo el costo completo de sus servicios. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o participa en estudios de investigación clínicos aprobados por Medicare, también denominados ensayos clínicos.

En caso de daño, pérdida o robo de la tarjeta de identificación del plan, llame a Servicios para Miembros de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera nuestros proveedores de la red, los proveedores de Medicare y MassHealth (Medicaid), farmacias de la red y proveedores de equipo médico duradero actuales. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto del costo compartido como la totalidad del pago.

Debe utilizar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si va a otro sitio sin la debida autorización, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son emergencias, servicios necesarios de urgencia cuando la red no está disponible (esto significa situaciones en las que no es razonable o posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área, y casos en los que WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (electrónica o de forma impresa) a Servicios para Miembros. Las solicitudes de *directorios de proveedores* impresos se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

Sección 3.3 Lista de medicamentos cubiertos por el plan *(Formulario)*

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Para abreviar la llamamos "Lista de medicamentos". Le indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos con el beneficio de la Parte D incluido en WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP). El plan, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos incluidos en esta lista. La lista debe cumplir los requisitos que establece Medicare. Medicare ha aprobado la lista de medicamentos de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP).

La Lista de medicamentos también le indica si existe alguna regla que restrinja la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan wellsense.org/sco o llamar a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)

- Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan separada para WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, para poder ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para MassHealth (Medicaid) y, además, tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayor parte de los miembros de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP), Medicaid paga su prima de la Parte A (si usted no califica para recibirla automáticamente) y su prima de la Parte B.

Si MassHealth (Medicaid) no paga sus primas de Medicare, debe continuar pagándolas para mantenerse como miembro del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Debido a que usted es doblemente elegible, la multa por inscripción tardía (LEP) no se aplica a usted siempre y cuando mantenga su estado de doble elegibilidad, pero si pierde su estado de doble elegibilidad, puede incurrir en un LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en cualquier momento después de que termine su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días o más seguidos en los que no tenía la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. La cobertura acreditable de medicamentos recetados es cobertura que cumple los estándares mínimos de Medicare ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de medicamentos recetados de la Parte D u otra cobertura acreditable. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

Usted **no tendrá que pagarla** si:

- Usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente, como un exempleador, sindicato, TRICARE o la Administración de salud para veteranos (VA). Su aseguradora o su departamento de Recursos Humanos le dirá cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar en una carta o incluida en un boletín del plan. Guarde esta información, ya que es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
    - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que usted tenía una cobertura acreditable de medicamentos recetados que se espera que pague tanto como el plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.
    - **Nota:** Los siguientes *no* constituyen cobertura de medicamentos recetados acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Así es como funciona:

- Primero, cuente la cantidad de meses completos que retrasó la inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser elegible para inscribirse. O cuente el número de meses completos que no tuvo cobertura acreditable de medicamentos recetados, si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1 % por cada mes que no haya tenido cobertura acreditable. Por ejemplo, si lleva 14 meses sin cobertura, la penalización será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación del año anterior. Para 2025, este monto promedio de prima es de $36.78.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de penalización y la prima mensual promedio y luego redondéela a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo de aquí, sería 14 % multiplicado por $36.78, lo que equivale a $5.15. Esto redondea a $5.00. Esta cantidad se añadiría **a la prima mensual para alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Hay tres cosas importantes a tener en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **usted continuará pagando una multa** todos los meses durante el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si usted debajo a los 65 años y actualmente recibiendo beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D quedará en cero cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para envejecimiento en Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Generalmente, debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha en la primera carta que recibe indicando que tiene que pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera una revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, podría ser dado de baja por no pagar las primas de su plan.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años. Si esta cantidad es superior a cierta cantidad, pagará la cantidad de prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será el costo de este. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, Junta de Jubilación Ferroviaria u Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo pague normalmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el

monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan. Si no paga la cantidad adicional, se le dará de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con el pago de una cantidad adicional, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite cambiar la suma que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el siguiente año, le informaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero. Hay una prima de $0 para los miembros de Senior Care Options (SCO).

Sin embargo, en algunos casos, usted podría dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la debe. O tener que comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede suceder si pasa a ser elegible para el programa “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa “Ayuda adicional” durante el año.

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y se vuelve elegible para “Ayuda adicional” en el transcurso del año, estaría en condiciones de dejar de pagar su multa.
- Si pierde la “Ayuda adicional”, podría estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días o más consecutivos sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable.

En la Sección 7 del Capítulo 2 puede encontrar más información sobre el programa “Ayuda adicional”.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Su registro de miembro contiene información de su solicitud de inscripción, que incluye su número de teléfono y dirección. Indica su cobertura de plan específico, que incluye a su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan necesitan tener la información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de los costos compartidos que le corresponden**. Por tal motivo, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja doméstica, una compensación laboral, o MassHealth (Medicaid)
- Si tiene algún reclamo de responsabilidad civil, como por ejemplo un accidente automovilístico.
- Si ha sido internado en una residencia para ancianos.
- Si usted recibe atención médica en un hospital fuera del área o fuera de la red o en una sala de emergencia.
- Si cambia la persona designada responsable (como un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** no está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero le animamos a que lo haga).

Si cambia alguno de estos datos, comuníquenoslo llamando al Servicios para Miembros.

También es importante que se contacte con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

Si hay cambios en su nombre, dirección u otra información, comuníquese con la oficina de MassHealth (Medicaid) inmediatamente. Esta agencia debe contar con la información correcta acerca de usted para mantener la comunicación adecuada sobre sus derechos y otros aspectos importantes que puedan tener un impacto en su elegibilidad en nuestro plan. Los números de teléfono están incluidos en la Sección 6 del Capítulo 2 de este manual.

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Otro seguro

Medicare exige que recabemos información acerca de cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que usted tenga. Eso se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios de nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta en la que se incluirá cualquier otra cobertura médica o de seguro de medicamentos de la que tengamos conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no figura, llame al Servicios para Miembros. Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro a sus otras compañías de seguro (una vez que haya confirmado su identidad) de modo que sus facturas se paguen correcta y puntualmente.

Cuando usted tiene otro seguro (como un plan de salud de grupo de su empleador), hay normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan u otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina asegurador primario y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo, que se denomina asegurador secundario, paga únicamente si hay costos no cubiertos por la cobertura principal. Es posible que el asegurador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, dígaselo a su médico, al hospital y a la farmacia.

Estas normas se aplican a la cobertura de un plan de salud de grupo de empleador o de sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud de grupo se basa en el empleo actual suyo o de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, de la cantidad de personas que trabajan con su empleador, y de si tiene Medicare en base a su edad, discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD):
    - Si usted tiene menos de 65 años y tiene una discapacidad, y usted o un miembro de su familia aún trabajan, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados, o si al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.

  - Si es mayor de 65 años de edad y usted o su cónyuge o pareja doméstica trabajan todavía, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o si al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud de grupo pagará primero durante los primeros 30 meses después de que tenga derecho a Medicare.

Por lo general, esos tipos de cobertura pagan primero los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin determinación de culpabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Indemnización por accidentes de trabajo

MassHealth (Medicaid) y TRICARE nunca pagan primero los servicios cubiertos por Medicare. Ellos solo pagan después de que Medicare o planes de salud de grupo de empleador hayan pagado.

CAPÍTULO 2:
Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1 Información de contacto de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP)

(cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Servicios para Miembros)

Cómo ponerse en contacto con el Servicios para Miembros de nuestro plan

Para obtener asistencia relacionada con preguntas sobre tarjetas de asegurado, reclamos o facturación, llame o escriba a Servicios para Miembros de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP). Nos complacerá poder ayudarlo.

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
POR TELÉFONO	855-833-8125 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo). Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación.
TTY	711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo).
POR FAX	617-897-0884
POR ESCRITO	WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) Departamento de Atención a los Miembros 100 City Square, Suite 200 Charlestown, MA 02129
SITIO WEB	wellsense.org/sco

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura o apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 8 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica o medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
POR TELÉFONO	855-833-8125 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo). Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación.
TTY	711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (los representantes están disponibles 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de 1 de octubre al 31 de marzo).
POR FAX	877-503-7231
POR ESCRITO	Express Scripts P.O. Box 66535 St. Louis, MO 63166-6535
SITIO WEB	wellsense.org/sco

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de los proveedores o farmacias de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no se relaciona con controversias sobre la cobertura o el pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja por su atención médica, consulte el Capítulo 8 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas*)).

Método	Quejas sobre la atención médica – Información de contacto
POR TELÉFONO	855-833-8125 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo). El Servicios para Miembros también dispone de servicios gratuitos de interpretación de idiomas.
TTY	711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo).
POR FAX	617-897-0805
POR ESCRITO	WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) Member Grievances Department 100 City Square, Suite 200 Charlestown, MA 02129
SITIO WEB DE MEDICARE	Usted puede presentar una queja sobre WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare ingrese a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Adónde enviar una solicitud para que paguemos el costo de la atención médica o un medicamento que usted haya recibido

Si ha recibido una factura o pagado por servicios (como una factura del proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 6 (*Cómo solicitar que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta: si nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8 *(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))*.

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
POR TELÉFONO	855-833-8125 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo). Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación.
TTY	711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo).
POR FAX	617-897-0884 para solicitudes de atención médica 608-741-5483 para solicitudes de medicamentos
POR ESCRITO	Para solicitudes de pago de atención médica: WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) Departamento de Atención a los Miembros 100 City Square, Suite 200 Charlestown, MA 02129 Para solicitudes de pago de medicamentos: Express Scripts ATTN: Medicare Part D P.O. Box 14718 Lexington, Kentucky 40512-4718
SITIO WEB	wellsense.org/sco

SECCIÓN 2 Medicare
(Cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)

Medicare es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades, y personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (insuficiencia renal permanente que necesita diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (también conocidos como CMS). Esta agencia contrata organizaciones de organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
POR TELÉFONO	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno sobre Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y asuntos actuales de Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos para Medicare en Massachusetts. El sitio web de Medicare también tiene información detallada acerca de su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** Proporciona información del estado de elegibilidad de Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas ofrecen un *cálculo aproximado* de los costos de desembolso directo de los distintos planes de Medicare.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB (continuación)	También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare acerca de cualquier reclamo que tenga acerca de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP): • **Infórmele a Medicare sobre su queja:** usted puede presentar un reclamo sobre WellSense Senior Care Options (HMO D- SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingrese a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. Si no tiene computadora, tal vez la biblioteca local o el centro para personas de la tercera edad puedan facilitarle una para visitar este sitio web. O puede llamar a Medicare y solicitarle a un representante la información que necesite. Encontrarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa de Asistencia Estatal sobre Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En Massachusetts, el SHIP se denomina SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone, Al servicio de las necesidades de seguro médico de todos).

SHINE es un programa estatal independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguro o plan de salud) que recibe financiamiento del Gobierno Federal para ofrecer orientación gratuita sobre seguro médico a los beneficiarios de Medicare.

Los asesores de SHINE pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, ayudarlo a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico, y ayudarlo a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de SHINE también

pueden ayudarlo con preguntas o problemas de Medicare y a entender sus opciones del plan de Medicare y responder sus preguntas sobre cambio de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP Y OTROS RECURSOS:

- Visite https://www.shiphelp.org (Haga clic en SHIP LOCATOR (LOCALIZADOR DE SHIP) en la parte del medio de la página)
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Programa SHINE (SHIP de Massachusetts): Información de contacto
POR TELÉFONO	800-AGE-INFO (800-243-4636), presione la opción 3 o la opción 5 si llama desde un teléfono celular, y deje un mensaje y un representante le responderá.
TTY	711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
POR ESCRITO	Llame al número anterior para obtener la dirección del programa SHINE de su zona
SITIO WEB	www.massoptions.org/massoptions

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad

Existe una Organización para la Mejora de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Massachusetts, la Organización para la Mejora de la Calidad es KEPRO.

KEPRO cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por Medicare para revisar y mejorar la atención de las personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Considera que la cobertura de estadía en el hospital termina demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de su atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) termina demasiado pronto.

Método	KEPRO (Organización para la Mejora de la Calidad de Massachusetts): Información de contacto
POR TELÉFONO	888-319-8452 o 216-477-2604 Disponible de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. De 11:00 a. m. a 3:00 p. m. los sábados, domingos y feriados Los miembros pueden dejar un mensaje al número gratuito, indicado arriba, las 24 horas, los 7 días de la semana Hay servicios de traducción disponibles.
TTY	855-843-4776 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
POR ESCRITO	KEPRO 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100 Seven Hills, OH 44131 Fax 833-868-4055
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y el manejo de la inscripción para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales mayores de 65 años de edad o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y reúnen ciertas condiciones son elegibles para Medicare. La inscripción a Medicare es automática si ya recibe los cheques del Seguro Social. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, tiene que afiliarse a Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar un monto adicional para su cobertura de medicamentos de la Parte D, cuando tienen mayores ingresos. Si usted recibió una carta del Seguro Social que indica que tiene que pagar el monto adicional y tiene preguntas acerca de la cantidad o si sus ingresos disminuyeron debido a un acontecimiento que produjo cambios en su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informarle.

Método	Seguro Social – Información de contacto
POR TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Usted puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y resolver algunos asuntos las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 MassHealth (Medicaid)

Cuando usted se inscribe en nuestro plan, está doblemente inscrito tanto en Federal Medicare como en MassHealth (Medicaid). Esto significa que usted tiene derecho a los servicios de ambos programas.

Su elegibilidad de membresía se basa en dos agencias de gobierno separadas:

- La Administración del Seguro Social determina su elegibilidad de Medicare tanto para la Parte A como para la Parte B

- MassHealth (Medicaid) determina su elegibilidad para los beneficios de MassHealth (Medicaid)

MassHealth (Medicaid) es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados.

Además, se ofrecen programas a través de MassHealth (Medicaid) que ayudan a la gente con Medicare a pagar sus costos de Medicare, así como sus primas de Medicare. Estos "Programas de ahorro de Medicare" ayudan a personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- Beneficiario Calificado de Medicare (QMB+): Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, así como otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- Beneficiario de Medicare Específico de Bajos Ingresos (SLMB+): Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también califican para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+).

Si tiene dudas acerca de la asistencia que recibe de MassHealth (Medicaid), comuníquese con MassHealth (Medicaid). Si tiene preguntas sobre los servicios o agencias que pueden trabajar con personas con discapacidades, personas mayores y cuidadores para ayudar a determinar qué servicios puede necesitar y que pueden brindarle apoyo con una red de socios y agencias locales en todo el estado, puede comunicarse con MassOptions.

Método	MassHealth (Medicaid) – Información de contacto
POR TELÉFONO	800-841-2900 Disponible de 8:00 a. m a 5:00 p. m., de lunes a viernes
POR ESCRITO	MassHealth Customer Service Center Health Processing Center PO Box 4405, Taunton, MA 02780 O puede ir a uno de los centros de inscripción de MassHealth en su área.
SITIO WEB	www.mass.gov/MassHealth

Método	MassOptions: información de contacto
POR TELÉFONO	1-800-243-4636 Disponible de 9:00 a. m a 5:00 p. m., de lunes a viernes
TTY	711 MassOptions trabaja con servicios de interpretación telefónica para personas sordas, con problemas de audición y del habla que desean comunicarse con nosotros.
SITIO WEB	www.massoptions.org Chat en línea disponible en el enlace de arriba.

El programa *My Ombudsman* ayuda a las personas inscritas en MassHealth (Medicaid) con problemas en el servicio o de facturación. Ellos pueden ayudarlo a presentar un reclamo o apelación a nuestro plan.

Método	My Ombudsman: información de contacto
POR TELÉFONO	855-781-9898 Disponible de 9:00 a. m a 4:00 p. m., de lunes a viernes
TTY	711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
POR ESCRITO	Envíe un correo electrónico a info@myombudsman.org.
SITIO WEB	www.myombudsman.org

El Programa del Defensor de los Derechos del Paciente de Atención a Largo Plazo de Massachusetts ayuda a las personas a obtener información acerca de hogares para

ancianos y resolver problemas entre los hogares para ancianos y sus residentes o sus familias.

Método	***Massachusetts Long Term Care Ombudsman Program* - Información de contacto**
POR TELÉFONO	617-222-7495, de lunes a viernes, de 8:45 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
POR ESCRITO	Executive Office of Elder Affairs One Ashburton Place, 5th Floor Boston, MA 02108
SITIO WEB	www.mass.gov/MassHealth

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados

Sitio web de Medicare.gov (https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) proporciona información sobre cómo reducir sus costos de medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas para ayudar, que se describen a continuación.

Programa "Ayuda adicional" de Medicare

Debido a que usted es elegible para MassHealth (Medicaid), califica para recibir y está recibiendo "Ayuda adicional" de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos recetados. Usted no necesita hacer nada más para recibir esta "Ayuda adicional".

Si tiene preguntas acerca de la "Ayuda adicional", llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La Oficina del Seguro Social, al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o

- La Oficina Estatal de Medicaid (Consulte la Sección 6 de este Capítulo para obtener información de contacto).

Si considera que está pagando un monto de costo compartido incorrecto cuando obtiene los medicamentos recetados en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia del nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, proporcionárnoslas.

- Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- Cuando recibamos la evidencia que indique su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda abonar el copago correcto la próxima vez que obtenga su medicamento recetado en la farmacia. Si paga más copago del que le corresponde, le haremos un reembolso. Le enviaremos un cheque por la cantidad que pagó de más o ajustaremos los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo considera como una deuda suya, es posible que le paguemos directamente a la farmacia (Hay un copago de $0 para los miembros de Senior Care Options (SCO)). Si el estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Llame a Servicios para Miembros si tiene preguntas.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios

La Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe sus servicios de Medicare a través de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios, es importante que le notifique a ésta si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene dudas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios – Información de contacto
POR TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", puede hablar con un representante de la RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si presiona "1", puede acceder a la Línea de Ayuda automática y a la información grabada de la RRB las 24 horas del día, incluso fin de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene seguro grupal u otro seguro médico de un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) obtiene beneficios de su empleador (o el de su cónyuge o pareja doméstica) o grupo de jubilados como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre sus beneficios de salud de jubilación o de su empleador (o los de su cónyuge o pareja doméstica), primas o el período de inscripción. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en virtud de este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o plan de jubilación grupal (o de su cónyuge), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo.** El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

SECCIÓN 10 Usted puede obtener ayuda de las Agencias sobre el Envejecimiento del Área

Condados	Agencias sobre el Envejecimiento del Área	Información de contacto
Suffolk	Boston Senior Home Care	Lincoln Plaza 89 South Street, Suite 501 Boston, MA 02111 (617) 456400
Suffolk	Central Boston Elder Services	2315 Washington Street Boston, MA 02119 617 277-7416
Suffolk	Somerville-Cambridge Elder Services	61 Medford Street Somerville, MA 02143 (617) 628-2601
Suffolk	Southwest Boston Senior Services dba Ethos	555 Amory Street Jamaica Plain, MA 02130 (617) 628- 2601
Suffolk	Mystic Valley Elder Services	300 Commercial Street, #19 Malden, Ma 02148 78324-7705
Hampden	WestMass Elder Care	4 Valley Mill Road Holyoke, MA 01040 (413) 788800
Hampden	Greater Springfield Senior Services	66 Industry Avenue Springfield, MA 01104 (413) 788800
Hampden	Highland Valley Elder Services	320 Quality Drive Florence, MA 01062 (413) 586-2000
Plymouth	South Shore Elder Services	1515 Washington Street

		Braintree, MA 02184 (781) 848-3910
Plymouth	Old Colony Elder Services	144 Main Street Brockton, MA 02301 (508) 584-1561
Plymouth	Coastline Elder Services	1646 Purchase Street New Bedford, MA 02740 (508) 999-6400
Barnstable	Elder Services of Cape Cod	68 Route 134 South Dennis, MA 02660 (508) 394-4630 (800) 244-4630 (solo para Cape) (800) 442-4492 (solo para Mass)
Bristol	Bristol Elder Services	1 Father Devalles Blvd Unit 8 Fall River, MA 02723 (508) 675-2102
Bristol	Coastline Elder Services	1646 Purchase Street New Bedford, MA 02740 (508) 999-6400
Bristol	Old Colony Elder Services	144 Main Street Brockton, MA 02301 (508) 584-1561

CAPÍTULO 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Lo que debe saber acerca de cómo obtener su atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo utilizar el plan para obtener su atención médica y otros servicios cubiertos. Le proporciona definiciones de términos y le explica las reglas que debe seguir para recibir los tratamientos médicos, servicios, equipo, medicamentos recetados y otra atención médica que están cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre la atención médica y los servicios que tienen cobertura con arreglo a nuestro plan, consulte el cuadro de beneficios del próximo capítulo, Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto)*.

Sección 1.1 ¿Qué son los proveedores de la red y los servicios cubiertos?

- **Los proveedores** son médicos y otros profesionales de atención médica con licencia otorgada por el estado para proporcionar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención de la salud.
- **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago como pago total. Hemos celebrado acuerdos para que estos proveedores proporcionen los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente a nosotros por la atención que usted recibe. Cuando visite a un proveedor de la red, usted generalmente no paga nada por los servicios cubiertos.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se enumeran en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se detallan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para recibir la atención médica y otros servicios cubiertos por el plan

Como plan de salud de Medicare y MassHealth (Medicaid), WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare.

WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que reciba esté incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria**. El término médicamente necesario o necesario desde el punto de vista médico significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted tenga un proveedor de atención primaria de la red (PCP) que proporcione y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
    - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe dar su aprobación por adelantado antes de que pueda consultar a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de cuidados médicos especializados o agencias para la atención médica en el hogar. Esto se llama proporcionarle una remisión. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
    - No se necesita una referencia de su PCP en casos de atención de emergencia ni de servicios de urgencia. También se brindan otros tipos de atención que no necesitan la aprobación previa de su PCP (para obtener más información sobre este punto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir su atención de un proveedor** de la red (para obtener más información al respecto, vea la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados. *Hay tres excepciones:*

- El plan cubre la atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para conocer el significado de "atención de emergencia" o "servicios necesarios de urgencia", consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita atención médica que Medicare o MassHealth (Medicaid) exigen que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que presten esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red al mismo coste compartido que paga normalmente dentro de la red. Es posible que se requiera autorización previa. En ese caso, nosotros cubriremos esos servicios sin ningún costo para usted. Para obtener información acerca de cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 en este capítulo.
- El plan cubre servicios de diálisis renal que reciba en un establecimiento de diálisis certificado por Medicare cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio está temporalmente inaccesible o no disponible. El costo compartido que usted paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Uso de los proveedores de la red del plan para recibir atención médica y otros servicios

Sección 2.1 Usted debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y controle su atención

¿Qué es un PCP y qué hace su PCP por usted?

- Un PCP es su "proveedor de atención primaria". Un PCP es el médico de atención primaria que administra el cuidado de su salud general, cumple los requisitos del estado y está capacitado para proporcionarle atención médica

básica. Por lo general, usted consulta a su PCP primero para la mayor parte de sus necesidades de atención médica de rutina.

- Un PCP es un proveedor de atención primaria que actuará como su médico de cabecera o recurso de atención médica primaria. Los médicos o enfermeras especializadas pueden actuar como un PCP. Su PCP proporciona atención médica de rutina y podría ayudar a coordinar los servicios cubiertos, tales como ver a un especialista u obtener un procedimiento en un hospital o un centro para pacientes ambulatorios.
- Un PCP es un médico de medicina familiar, un médico general, un geriatra, enfermera o médico de medicina interna, que ejerce la práctica de atención primaria.
- Un PCP es su socio en satisfacer sus necesidades de atención médica.
- Su PCP conoce su historial médico completo y evalúa los cambios en su salud. Su PCP proporciona la atención para la que está calificado para prestar y deriva a especialistas de la red de servicios y otros proveedores cuando su afección de salud exige los servicios de otros proveedores.
- En algunos casos, su PCP obtendrá una autorización previa para los servicios que necesitan autorización previa, en otros casos el especialista u otro proveedor obtendrá una autorización previa para los servicios que le prestará.
- Elegir a su PCP de la red no limita su uso de los proveedores y centros de la red.

¿Cómo elegir a su PCP?

Todos los miembros de nuestro plan deben elegir a un PCP de la red. El PCP que usted seleccione debe ser un médico autorizado por el estado, por ejemplo, un médico familiar, un médico interno y gerontólogo. Durante nuestro proceso de inscripción los representantes de ventas trabajarán muy de cerca con usted para seleccionar a su PCP. También puede comunicarse con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) para recibir ayuda para seleccionar a su PCP. Si no elige a un PCP, le asignaremos uno. Sin embargo, no es necesario que mantenga este PCP asignado. Puede comunicarse con Servicios para Miembros para recibir ayuda para cambiar al PCP que le asignamos.

Cambio de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, su PCP podría retirarse de la red de proveedores de nuestro plan y usted tendrá que buscar a un nuevo PCP.

Si desea cambiar a su PCP, comuníquese con Servicios para Miembros para elegir a su nuevo Proveedor de atención primaria o complete un formulario de elección de PCP en la oficina de su proveedor y solicite que nos lo envíen por fax. Este formulario también está disponible en nuestro sitio web en wellsense.org/sco.

(Nota: Su nuevo PCP entrará en vigencia el día que llame o el día que nosotros recibamos el formulario de selección de PCP).

En ciertos momentos, un PCP puede elegir dejar la red de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP). Si ocurre eso y actualmente recibe servicios de ellos, deberá cambiar a otro PCP que participe en la red de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP). Le enviaremos una carta para avisarle y ayudarle a cambiarse a otro PCP para que siga recibiendo sus servicios cubiertos. Servicios para Miembros puede ayudarlo a buscar y seleccionar a otro PCP que tenga contrato con la red de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP). Si este cambio impacta súbitamente en su salud actual, se pueden hacer excepciones para que continúe su plan de tratamiento hasta que pueda hacer la transición a la atención de su nuevo PCP.

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica y otros servicios puede recibir sin obtener una remisión de su PCP?

Puede recibir los servicios que se indican a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes de los senos, mamografías (radiografías de los senos), exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la influenza (o vacunas), vacunas COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre que se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios cubiertos por el plan necesarios de urgencia, que son servicios que requieren atención médica inmediata que no son emergencias, siempre que usted se quede temporalmente fuera del área de servicio del plan, o no sea razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios necesarios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas inesperadas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al

proveedor médicamente necesarias, como exámenes anuales, no se consideran necesarias de urgencia, incluso si usted está fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible temporalmente.

- Los servicios de diálisis renal que recibe en un centro certificado por Medicare de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame al Servicios para Miembros antes de salir de la zona de servicio para que podamos ayudarle a organizar la diálisis de mantenimiento mientras esté fuera.

Sección 2.3 Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Existen muchas clases de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones del corazón
- Los ortopedistas atienden a pacientes con determinadas afecciones de huesos, articulaciones o músculos
- No se necesita una derivación (una orden de PCP para consultar a un especialista de la red por los servicios cubiertos).
- Se puede necesitar autorización previa del plan para consultar a especialistas fuera de la red.
- En algunos tipos de servicios es necesario obtener la aprobación previa de nuestro plan (a eso se le llama obtener "autorización previa"). La autorización previa es un proceso de aprobación que se lleva a cabo antes de que reciba determinados servicios. Si para el servicio que usted necesita se exige autorización previa, su PCP, otro proveedor de la red o usted pueden solicitar la autorización a nuestro plan. La solicitud será revisada y se le enviará nuestra decisión (determinación de la organización) a usted y al proveedor. Consulte el Cuadro de beneficios de la Sección 2.1 del Capítulo 4 de este manual para conocer los servicios específicos que necesitan “autorización previa”.

- Elegir a su PCP de la red no limita su uso de los proveedores y centros de la red.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red se retiran de nuestro plan?

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista abandona el plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen abajo:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso sin interrupciones a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor está dejando el plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si ha visto a ese proveedor en los últimos tres años.
    - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si lo ha visto en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para recibir atención continua.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, que continúe el tratamiento o las terapias médicamente necesarias que está recibiendo.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con los gastos compartidos en la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Puede requerirse autorización previa
- Si averigua que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que le ayudemos a encontrar un nuevo proveedor que maneje su atención.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no está siendo debidamente administrada, tiene el derecho a presentar una queja ante la QIO,

un reclamo sobre la calidad de la atención al plan, o ambas. Consulte el Capítulo 8.

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores que no pertenecen a la red

Usted debe recibir su atención de un proveedor de la red (para obtener más información al respecto, vea la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan). Sin embargo, tiene derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red en casos de atención de emergencia o urgencia. Si los servicios que necesita no están disponibles en la red, necesitará una autorización previa del plan. Usted también puede recibir tratamiento de diálisis, si está de viaje fuera del área de servicio y no puede recibir el tratamiento de los proveedores de la red de servicios.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia o necesidad urgente de atención o durante una catástrofe

Sección 3.1 Cómo recibir atención en caso de una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer si tiene una?

Una **emergencia médica** es cuando usted o cualquier otra persona lega prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o pérdida o incapacidad grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda tan pronto como sea posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercanos. Llame una ambulancia si es necesario. No necesita *obtener* primero la aprobación o la derivación de su PCP. No es necesario que utilice un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en

cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, incluso si no son parte de nuestra red.

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan ha sido informado de su emergencia.** Debemos darle seguimiento a su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para informarnos acerca de su atención de emergencia, por lo general dentro de las siguientes 48 horas. (El número de teléfono de Servicios para Miembros figura en el reverso de su tarjeta y también en la contraportada de este manual).

¿Qué está cubierto si usted tiene una emergencia médica?

Usted puede recibir cobertura de atención médica de emergencia cuando la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios. Sin embargo, el plan no pagará para que usted regrese a los Estados Unidos o sus territorios para recibir su tratamiento. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que dirigirse a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos que se encuentra en el Capítulo 4 de este manual.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le proporcionan la atención de emergencia para ayudar en su manejo y seguimiento. Los médicos que brindan la atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza su situación y termina la emergencia médica.

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que dirigirse a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que brindan la atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza su situación y termina la emergencia médica.

Una vez pasada la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección sigue estable. Sus médicos seguirán brindándole tratamiento hasta que sus médicos se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. Nuestro plan cubrirá la atención de seguimiento. Si su atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, intentaremos coordinarla de manera que los proveedores de la red se encarguen de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué sucede si no era una emergencia médica?

A veces, puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría solicitar atención de emergencia pensando que su salud está en serio peligro, y el médico le podría decir que, después de todo, no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, siempre que sea razonable que usted haya considerado que su salud se encontraba en serio peligro, nosotros cubriremos la atención que reciba.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho *que* no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *sólo* si la recibe de una de estas dos maneras:

- Usted acude a un proveedor de la red para obtener la atención adicional.
- – *o* – La atención adicional que reciba se considera un servicio necesario de urgencia y usted sigue las reglas para obtener estos servicios necesarios de urgencia (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Obtener atención cuando se presenta una necesidad urgente

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata y que no sea una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, teniendo en cuenta el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes inesperados de dolencias ya existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como exámenes anuales, no se consideran necesarias de urgencia, incluso si usted está fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible temporalmente.

Siempre debe tratar de obtener servicios de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no se encuentran accesibles o no están disponibles en el momento y no es razonable esperar para recibir atención de su proveedor de la red cuando esta se encuentre disponible, cubriremos los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red.

Comuníquese con el consultorio de su PCP para obtener ayuda adicional para localizar a un centro de atención médica de urgencia o comuníquese con nosotros para obtener la lista de los centros de atención de urgencia que están en la red.

Cuando se encuentre fuera del área de cobertura y no pueda recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre servicios de emergencia y de atención de urgencia en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Sin embargo, el plan no pagará para traerlo de vuelta a los Estados Unidos o sus territorios para su atención.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante una catástrofe

Si el gobernador de Massachusetts, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos o el Presidente de Estados Unidos declaran un estado de catástrofe o emergencia en su área geográfica, usted todavía tiene derecho a la atención médica de su plan.

Visite el siguiente sitio web: wellsense.org/sco para obtener información sobre cómo obtener atención necesaria durante una catástrofe.

Si no puede usar un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante una catástrofe, usted puede adquirir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente a usted el costo total de los servicios?

Sección 4.1 Usted puede solicitar que paguemos por los servicios cubiertos

Si pagó los servicios cubiertos, o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 6 (*Cómo solicitar el pago de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información acerca de cómo proceder.

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?

WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable del pago del costo completo de los servicios.

En el caso de servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también pagará la suma total por el costo de cualquier servicio que reciba después de haber agotado el beneficio para ese tipo de servicio cubierto.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también llamado *estudio clínico*) es una manera en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare aprueba el estudio, y usted expresa su interés, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si usted cumple los requisitos que establecen los científicos que van a llevarlo a cabo. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla los requisitos correspondientes *y* comprenda y acepte plenamente lo que implica participar de dicho estudio.

Si usted participa de un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos dice que está en un ensayo clínico calificado, usted solo es responsable del costo compartido dentro de la red para los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costos compartidos de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación para mostrarnos cuánto pagó. Cuando se encuentra en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro

plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no se encuentra relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar de cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos lo informe ni que obtenga nuestra aprobación ni la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brindan su atención como parte del estudio de investigación clínica sean parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable que incluyen, como un componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional que requieren cobertura con desarrollo de pruebas (NCDs-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto por Medicare Advantage por Medicare Original, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados para Medicare.

Si participa en un estudio que Medicare *no* haya aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio*.

Sección 5.2 ¿Quién paga qué cuando usted participa en un estudio de investigación clínica?

Una vez que usted inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, que incluye:

- Habitación y alimentación durante una estadía en el hospital que Medicare pagaría aun si usted no participara en un estudio
- Una cirugía u otro procedimiento médico si forman parte del estudio de investigación
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Como para todos los servicios cubiertos, usted no paga nada por los servicios cubiertos que recibe en el estudio de investigación clínica. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la

diferencia entre el costo compartido de Original Medicare y el costo compartido dentro de la red que le corresponde como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio como lo haría si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar la documentación que demuestre la cantidad de costo compartido que pagó. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información acerca de cómo presentar solicitudes de pagos.

> *A continuación le mostramos un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:* Digamos que usted se hace una prueba de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Digamos también que su parte del costo para esta prueba es de $20 mediante Original Medicare pero sería solo de $10 mediante los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por la prueba y usted pagaría el copago de $20 requerido por Original Medicare. A continuación, debe notificar a su plan que ha recibido un servicio de ensayo clínico calificado y presentar la documentación, como la factura del proveedor, al plan. El plan le pagaría entonces directamente $10. Por lo tanto, su pago neto es de $10, la misma cantidad que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe presentar la documentación a su plan, como una factura del proveedor.

Cuando usted forme parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo siguiente**:

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo ni servicio que se esté probando en el estudio, excepto en los casos en que Medicare cubriría el artículo o el servicio incluso si usted *no* estuviera participando en un estudio.
- Los artículos o servicios proporcionados únicamente para recopilar información y que no se usan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección médica normalmente necesitaría solo una tomografía computarizada.
- Los artículos y servicios habitualmente proporcionados por los patrocinadores de la investigación son gratuitos para cualquier inscrito en el ensayo.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La

publicación está disponible en: www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf.). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una institución religiosa de atención de la salud no médica

Sección 6.1 ¿Qué es una "institución religiosa de atención de la salud no médica"?

Una institución religiosa de atención de la salud no médica es un centro que ofrece atención para una afección que, por lo general, se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada está en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar le brindaremos cobertura de atención en una institución de salud religiosa que no presta servicios médicos. Este beneficio se proporciona únicamente a los servicios para pacientes hospitalizados (servicios de atención médica no médicos) de la Parte A.

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención de la salud no médica

Para obtener atención en una institución religiosa de atención de la salud no médica, deberá firmar un documento legal que diga que se opone conscientemente a recibir tratamiento médico que sea **no exceptuado**.

- Atención o tratamiento médico **no exceptuado** es cualquier atención o tratamiento médico que es *voluntario* y no *exigido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** es la atención médica o el tratamiento médico que usted recibe, que *no* es voluntario o que *es exigido* según las leyes locales, estatales o federales.

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que recibe de una institución religiosa de salud que no presta servicios médicos debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.

- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si usted obtiene los servicios de esta institución en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
    - debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos para atención hospitalaria o atención en un centro de enfermería especializada.
    - – *y* – usted debe obtener aprobación de nuestro plan antes de ser ingresado a la institución o de lo contrario su estadía no estará cubierta.

La cobertura de hospitalización para pacientes internados con WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) no tiene limitaciones de cobertura para este servicio cubierto. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios del Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿El equipo médico duradero le pertenecerá luego de realizar determinada cantidad de pagos según el plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipo y suministros de oxígeno, silla de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, aparatos para generación de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital que un proveedor haya ordenado para el uso en casa. El miembro siempre es dueño de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, discutimos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan algunos tipos de DME son propietarios de los equipos después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Como miembro de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP), sin embargo, generalmente adquirirá la propiedad de los artículos DME alquilados al mes 14 después de pagar los copagos del artículo durante 13 meses. Bajo ciertas circunstancias limitadas, no le transferiremos a usted la propiedad del artículo DME. Llame a servicios para miembros para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos que haya realizado por el equipo médico duradero si cambia a Original Medicare?

Si usted no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de que se cambie a Original Medicare para ser dueño del artículo. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Usted hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que hizo en Original Medicare no cuentan. Usted tendrá que hacer 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: Usted hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para tener la propiedad del artículo una vez que se una a Original Medicare de nuevo. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Reglas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) cubrirá:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para la entrega de contenido de oxígeno y oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si deja WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) o ya no necesita equipo de oxígeno médicamente, entonces el equipo de oxígeno debe ser devuelto.

¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses se alquila el equipo. Los 24 meses restantes el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, puede optar por quedarse con la misma compañía o ir a otra compañía. En este punto, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si permanece en la misma empresa, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto)

SECCIÓN 1 Entender los servicios cubiertos

Este capítulo incluye un Cuadro de beneficios que proporciona una lista de sus servicios cubiertos como miembro de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por los servicios cubiertos

Debido a que usted recibe ayuda de MassHealth (Medicaid), no paga nada por los servicios cubiertos siempre que cumpla las reglas del plan para recibir su atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información acerca de las reglas del plan para obtener su atención médica).

Sección 1.2 ¿Cuánto es el máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos?

Usted no es responsable de pagar ningún costo de desembolso directo hacia la cantidad máxima de desembolso directo para los servicios de la Parte A y Parte B.

SECCIÓN 2 Utilice el *Cuadro de beneficios médicos* para averiguar qué está cubierto

Sección 2.1 Sus servicios médicos, atención a *largo plazo y servicios basados en el hogar y la comunidad u otros beneficios de MassHealth (Medicaid) únicamente* como miembro del plan

El Cuadro de beneficios médicos de las páginas siguientes enumera los servicios cubiertos por WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP). La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D está en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos solo están cubiertos cuando se cumplen todos los requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare y MassHealth (Medicaid) deben proporcionarse de acuerdo con los lineamientos de cobertura establecidos por Medicare y MassHealth (Medicaid).
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo

y los medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. El término médicamente necesario o necesario desde el punto de vista médico significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período mínimo de transición de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que proporciona y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *únicamente* si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación anticipada (a veces, denominada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por anticipado están señalados en el Cuadro de beneficios médicos en cursiva.
- Si su plan de atención coordinada proporciona la aprobación de una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, sus antecedentes médicos y la recomendación del proveedor tratante.

Otros aspectos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted tiene cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid). Medicare cubre atención médica y medicamentos recetados. MassHealth (Medicaid) cubre su costo compartido para servicios de Medicare, incluidos deducibles, copagos y coseguro. MassHealth (Medicaid) también cubre servicios que Medicare no cubre, como atención a largo plazo, medicamentos de venta libre y servicios basados en el hogar y la comunidad.
- Como todos los planes médicos de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y usted 2025*. Consúltelo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- En el caso de todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted.
- Si Medicare agrega cobertura de cualquier servicio nuevo durante 2025, Medicare o nuestro plan cubrirán los servicios.
- Como miembro de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP), algunos beneficios están cubiertos por Medicare y otros están cubiertos por MassHealth (Medicaid). Integramos todos sus beneficios para usted. El cuadro de beneficios refleja todos los servicios cubiertos.
- Si se encuentra en el período de 1 mes de consideración de elegibilidad continua del plan, continuaremos proporcionando todos los beneficios cubiertos del plan de Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no continuaremos cubriendo los beneficios de MassHealth (Medicaid) que están incluidos en el Plan Estatal de MassHealth (Medicaid) aplicable, ni pagaremos las primas de Medicare ni los costos compartidos por los cuales el estado sería responsable de no haber perdido su elegibilidad para MassHealth (Medicaid). El monto que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período.

Usted no paga nada por los servicios que se describen en el Cuadro de beneficios, siempre que cumpla los requisitos de cobertura que se describen anteriormente.

Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare según MassHealth (Medicaid), usted no paga nada por los servicios que se describen en el Cuadro de beneficios, siempre que cumpla los requisitos de cobertura que se describen anteriormente.

Beneficios Suplementarios Especiales para los Enfermos Crónicos: Información importante sobre beneficios para los inscritos con condiciones crónicas

- Si se le diagnostica la(s) siguiente(s) condición(es) crónica(s) identificada(s) a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos.
    - Dependencia crónica al alcohol y otras drogas.
    - artritis
    - Trastornos autoinmunes que incluyen, entre otros:
        - poliarteritis nodosa,
        - polimialgia reumática,
        - polimiositis,
        - artritis reumatoide, y
        - lupus eritematoso sistémico;

- cáncer, excluyendo las condiciones previas al cáncer o el estado in situ;
- trastornos cardiovasculares limitados a:
  - arritmias cardíacas,
  - enfermedad arterial coronaria,
  - enfermedad vascular periférica, y
  - trastorno tromboembólico venoso crónico;
- insuficiencia cardíaca crónica;
- demencia;
- diabetes mellitus;
- enfermedad hepática terminal;
- enfermedad renal terminal (ESRD) que requiere diálisis;
- trastornos hematológicos graves limitados a:
  - anemia aplásica,
  - hemofilia,
  - púrpura trombocitopénica inmune,
  - síndrome mielodisplásico,
  - enfermedad de células falciformes (excluyendo el rasgo de células falciformes), y
  - trastorno tromboembólico venoso crónico;
- VIH/SIDA;
- trastornos pulmonares crónicos limitados a:
  - asma,
  - bronquitis crónica,
  - enfisema,
  - fibrosis pulmonar, e
  - hipertensión pulmonar;
- condiciones de salud conductual crónicas e incapacitantes limitadas a:
  - trastorno bipolar,
  - trastorno depresivo grave,
  - trastorno paranoico,
  - esquizofrenia, y
  - trastorno esquizoafectivo;
- trastornos neurológicos limitados a:
  - esclerosis lateral amiotrófica (ELA),
  - epilepsia,
  - parálisis extensa (es decir, hemiplejia, cuadripléjica, paraplejia, monoplejia),
  - enfermedad de Huntington,
  - esclerosis múltiple,

        - enfermedad de Parkinson,
        - polineuropatía,
        - estenosis espinal, y
        - déficit neurológico relacionado con un infarto cerebral; e
    - osteoporosis
    - Accidente cerebrovascular
    - Otras condiciones que cumplen con los criterios de Medicare y que ponen en riesgo la vida o limitan significativamente la salud y la función general de la persona inscrita.

- Para más información, consulte la *fila de beneficios complementarios especiales* para enfermos crónicos del Cuadro de beneficios médicos.
- Póngase en contacto con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.

🍏 Usted verá esta manzana al lado de los servicios de prevención en el cuadro de beneficios.

Cuadro de beneficios médicos

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
🍏 **Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal** Un examen de detección de ultrasonido por única vez para personas con riesgo. El plan sólo cubre este examen si usted presenta determinados factores de riesgo y si su médico, asistente médico, enfermero o especialista en enfermería clínica lo deriva.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que tienen derecho a esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para el dolor crónico de espalda baja **Los servicios cubiertos incluyen:** **Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:** **A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como un dolor que:** • **de 12 semanas de duración o más;** • **es inespecífico, ya que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no asociada con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);** • **no está asociado con la cirugía; y** • **no está asociado con el embarazo.** **Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente.** **El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no está mejorando o está retrocediendo.** Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley) pueden proporcionar	$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), las enfermeras practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se identifica en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden **Acupuntura para la lumbalgia crónica (continua)** proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • una maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un Estado, Territorio o Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no de emergencia, incluyen servicios de ambulancia aérea (avión o helicóptero) y terrestre al establecimiento correspondiente más cercano que pueda ofrecer la atención, solo si la afección médica del asegurado es tal que otros medios de transporte estarían contraindicados (ya que pondrían en peligro la salud de la persona) o si lo autoriza el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que el	$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
estado del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. *Se necesita autorización previa para los servicios de transporte que no sean de emergencia como se describe en el párrafo anterior.*	
Visita de bienestar anual Si usted ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, tiene derecho a una visita preventiva anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y sus factores de riesgo. Se cubre una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera visita de bienestar anual no se puede llevar a cabo a menos de 12 meses de *su visita preventiva de Bienvenido a* Medicare. Sin embargo, usted no necesita haber tenido una visita de *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura para las visitas de bienestar anuales después de 12 meses de haber tenido la Parte B.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.
Medición de la masa ósea En las personas que califican (en general, esto significa personas con riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, para detectar la pérdida de masa ósea o para determinar la calidad del hueso, incluida una interpretación de los resultados por parte del médico.	No hay coseguro, copago ni deducible por la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
Prueba de detección del cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía cada 12 meses para las mujeres de más de 40 años de edad • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para la mamografía de detección cubierta.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoría están cubiertos para los miembros que cumplen determinadas condiciones y que cuentan con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que generalmente son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura
Visita para reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención médica primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico puede discutir el uso de aspirina (si corresponde), revisar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que usted se esté alimentando de forma saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedad cardiovascular.
Examen de enfermedades cardiovasculares	

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anormalidades asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de enfermedad cardiovascular cubierto una vez cada 5 años.
Examen de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si tiene un alto riesgo de cáncer cervical o vaginal y ha tenido un resultado anormal del examen de Papanicolaou en los últimos 3 años: un examen de Papanicolaou cada 12 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para Papanicolaou y exámenes pélvicos preventivos cubiertos.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones Otros servicios quiroprácticos médicamente necesarios están cubiertos hasta un máximo de 20 visitas por año de beneficio bajo el beneficio de MassHealth (Medicaid). Se requiere autorización previa para cualquier servicio, excepto la manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación, que exceda el límite de 20 visitas.	$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.
Servicios domésticos Apoyo en las tareas livianas y tareas más pesadas para ayudar a los miembros a quedarse en casa o para fomentar la salud y la seguridad.	$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
Prueba de detección de cáncer colorrectal	
Se cubren las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presenten un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presenten un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección o un enema de bario previos. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no están en alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Prueba de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare, excepto para enemas de bario, para los que aplica el coseguro. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.x
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuado)x	

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
prueba de detección de enema de bario o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y de 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.	
Servicios del Programa de Apoyo Comunitario para Personas con participación en la justicia (Community Support Program for Individuals with Justice Involvement, CSP-JI)x Apoyo intensivo e individualizado brindado cara a cara o a través de telesalud según lo especificado por EOHHS, que incluye: • Ayudar a mejorar las habilidades de la vida diaria**;** • Proporcionar coordinación y vínculos con los servicios; • Desarrollar un plan de seguridad; • Proporcionar prevención e intervención; • Fomentar el empoderamiento y la recuperación, incluidos los vínculos con el apoyo entre pares y los grupos de autoayuda.x Debe usar un proveedor de Carelon Behavioral Health (Carelon). Para coordinarlo, póngase en contacto con el Servicios para Miembros llamando al 855-833-8125, TTY/TDD: 711.	$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura
Servicios de compañíax	$0 de copago

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
Incluyen la socialización, ayuda para hacer las compras o trámites, acompañamiento para ir al médico, lugares de nutrición, caminatas, actividades recreativas, y ayuda con la preparación y servicio de refrigerios livianos.	MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.
Servicios de habilitación diurnos Programa estructurado de tratamiento orientado a un objetivo, de servicios orientados de forma médica, terapéuticos y de habilitación para miembros con discapacidades del desarrollo. *Se necesita autorización previa para los Servicios de habilitación diurnos.*	$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.
Atención diurna a personas con demencia Entorno seguro y estructurado para miembros con discapacidades cognitivas aprobado por el Departamento de Asuntos de Adultos Mayores. *Se necesita autorización previa para la Atención diurna a personas con demencia.*	$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga actualmente los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, concretamente cuando ese servicio forma parte integrante del tratamiento específico de la enfermedad primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia de un cáncer que afecte a la mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante	$0 de copago La cobertura del reemplazo de prótesis dentales se limita a una vez cada 84 años, a menos que su equipo de atención primaria o proveedor de atención primaria autoricen algo diferente. MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
de riñón. Además, cubrimos los siguientes servicios dentales bajo sus beneficios de MassHealth (Medicaid): Servicios preventivos/de diagnóstico: • Limpiezas, exámenes y radiografías Servicios integrales: • Procedimientos restaurativos, como empastes y coronas • Periodoncia, incluyendo el raspado • Endodoncia (tratamiento de conductos) • Dentaduras postizas (prostodoncia), incluyendo series completas y parciales, revestimientos y reparaciones • Cirugías orales y maxilofaciales como extracción de dientes • Servicios complementarios: anestesia y consultas *Se puede exigir autorización previa para algunos servicios dentales que no son de rutina.*	
Detección de la depresión Cubrimos una prueba de detección de la depresión al año. La prueba de detección se debe hacer en un ambiente de atención primaria que brinde tratamiento de seguimiento y/o remisiones.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión alta (hipertensión), historial de presencia de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa). También pueden estar cubiertas determinadas pruebas si usted	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y tener un historial familiar de diabetes. Usted puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	
🍏 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos	
En todas las personas que tienen diabetes (usuarios o no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para el control de la glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para determinar la glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos de lancetas y soluciones para el control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores • Para las personas diabéticas que tienen pie diabético grave: un par por año calendario de calzado terapéutico hecho a medida (incluidas las plantillas provistas con los zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas removibles no personalizadas que vienen con los zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el automanejo de la diabetes está cubierta en determinadas condiciones. *Se requiere autorización previa para los suministros y servicios para diabéticos y los zapatos/plantillas terapéuticas para diabéticos que cuesten $500 o más.*	No hay coseguro por capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos.

Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Consulte la definición de equipo médico duradero en el Capítulo 12, y en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabetes, camas de hospital ordenadas por un proveedor para el uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, aparatos generadores de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o un fabricante específicos, puede preguntarles si pueden hacer un pedido especial para usted. La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web en wellsense.org/sco. Por lo general, WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) cubre los DME cubiertos por MassHealth (Medicaid) de las marcas y fabricantes en esta lista. No cubriremos otros fabricantes y marcas a menos que su médico u otro proveedor nos indiquen que el medicamento de marca es apropiado para sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es nuevo en WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) y usa una marca de DME que no está en nuestra lista, seguiremos cubriendo esa marca para usted durante 90 días. Durante ese tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué medicamentos de marca son médicamente apropiados para usted cuando termine el período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede solicitar que lo derive para una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de la cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor acerca de qué producto o medicamento de marca es apropiado para su afección	$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.

médica. (Para obtener más información acerca de las apelaciones, consulte el Capítulo 8, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).*

Se requiere autorización previa para el DME que cueste $500 o más.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que son: • prestados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y • son necesarios para evaluar o estabilizar una situación de emergencia médica. Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona lega prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que exigen atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. Los costos compartidos para servicios de emergencia necesarios brindados fuera de la red son los mismos que para aquellos dentro de la red. La cobertura se proporciona para un beneficio complementario que cubre servicios de emergencia y atención de urgencia en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Sin embargo, el transporte mundial de emergencia NO está cubierto.	$0 de copago Si usted recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria luego que se estabiliza su estado de emergencia, debe volver a un hospital de la red para que su atención continúe con cobertura *O BIEN* debe obtener autorización del plan para su atención hospitalaria en el hospital fuera de la red Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.
Servicios de adaptación al entorno Adaptaciones en el hogar, modificaciones o equipo de adaptación para ayudar a que el miembro siga siendo independiente o mejore su independencia.	$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
Se necesita autorización previa para los Servicios de adaptación al entorno.	
Coordinación de servicios de apoyo geriátrico (GSSC) Evaluación en el hogar y servicios de coordinación basados en el hogar proporcionados por un administrador de caso ASAP contratado por el plan	$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.
Servicios de compra/entrega de productos del supermercado Incluye pedido de productos del supermercado, compras, entrega y apoyo según sea necesario; puede incluir información y educación nutricional.	$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.
Programas de educación sobre salud y bienestar • Beneficio de acondicionamiento físico (beneficio suplementario) • Material impreso para la educación de la salud • Capacitación sobre nutrición • Beneficios nutricionales • Otros servicios para el bienestar de la salud SilverSneakers® puede ayudarlo a vivir una vida más saludable y activa a través del acondicionamiento físico y la conexión social. Está cubierto para un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en las ubicaciones participantes, [1] donde puede tomar clases [2] y usar equipos de ejercicio y otros servicios, sin costo adicional para usted. Inscríbase en tantos lugares como desee, en cualquier momento. También tiene acceso a instructores que dirigen clases de ejercicio en grupo especialmente diseñadas en línea, los siete días de la	Beneficio de acondicionamiento físico: Programa Silver Sneakers

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
semana con SilverSneakers LIVE. Además, SilverSneakers Community le brinda opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales en centros recreativos, parques y otros lugares del vecindario. SilverSneakers también lo conecta a una red de apoyo y recursos en línea a través de videos On-Demand de SilverSneakers y la aplicación móvil SilverSneakers GO. También tiene acceso a Burnalong® con una comunidad virtual de apoyo en miles de clases para todos los intereses y habilidades. Active su cuenta en línea gratuita en SilverSneakers.com para ver su número de identificación de miembro de SilverSneakers y explorar todo lo que SilverSneakers tiene para ofrecer. Si tiene más preguntas, visite SilverSneakers.com o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. ET. **Siempre hable con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.** 1. Las ubicaciones participantes ("PL") no son propiedad ni están operadas por Tivity Health, Inc. o sus filiales. El uso de las instalaciones y servicios de PL se limita a los términos y condiciones de la membresía básica de PL.Los centros y servicios varían según la PL. 2. La membresía incluye clases de acondicionamiento físico grupal dirigidas por instructores de SilverSneakers. Algunos centros ofrecen a los miembros clases adicionales. Las clases varían según el lugar. SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. ©2024 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.	

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de audición Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor con el fin de determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando son realizadas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Bajo el beneficio de MassHealth (Medicaid), también proporcionamos lo siguiente: • Exámenes auditivos de rutina • Audífonos, incluidas evaluaciones de ajuste, reparaciones y sustituciones de audífonos • Exámenes y evaluaciones de audiología • Servicios de diagnóstico Se necesita autorización previa para los audífonos o reemplazo de instrumentos antes de que cumplan 5 años de antigüedad. No se necesita Autorización previa para los exámenes de audición.	$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.
Pruebas de detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que se encuentran en alto riesgo de infección por VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen cada 12 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que califiquen para la prueba de detección preventiva de VIH cubierta por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención de una agencia de salud en el hogar Antes de recibir atención de salud en el hogar, un médico debe certificar que necesita esos servicios y ordenar que se le brinden a través de una agencia de atención de salud en el hogar. Usted debe estar confinado en su casa, lo que significa que salir de su casa representa un enorme esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Tiempo parcial o intermitente de enfermería especializada y servicios de atención médica en el hogar (para tener cobertura conforme al beneficio de atención en el hogar, sus cuidados especializados de enfermería y servicios de atención médica en el hogar combinados deben totalizar menos de 8 horas diarias y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos *Se necesita autorización previa para los Servicios de atención médica en el hogar.*	$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.
Servicios de atención médica en el hogar Incluye cambios simples de ropa, asistencia con medicamentos, actividades para apoyar las terapias de habilidades y atención de rutina de dispositivos ortopédicos y prostéticos bajo la supervisión de una enfermera autorizada (RN) u otro profesional. No	$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
necesita estar confinado en el hogar para tener cobertura de los servicios conforme a este beneficio. *Se necesita Autorización previa para los Servicios de atención médica en el hogar.*	
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a un individuo en casa. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, globulina inmune), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • La formación y la educación de los pacientes no están cubiertas de otra manera bajo el beneficio de equipos médicos duraderos • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para el suministro de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para la infusión en el hogar suministrados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar *Se requiere autorización previa para los servicios de terapia de infusión en el hogar.*	$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios del hogar **Incluye ayuda con las compras, planificación del menú, preparación de comidas, lavandería y tareas livianas del hogar.**	$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.
Respiro médico para personas sin hogar Servicios de relevo médico prestados de conformidad con 130 CMR 458.000 para personas sin hogar, siempre que se trate de personas que hayan sido dadas de alta del hospital o hayan tenido una visita al departamento de emergencias del hospital por problemas médicos o quirúrgicos o antes de un procedimiento de colonoscopia. Los servicios de respiro médico posthospitalario incluyen habitación y comida semiprivada o privada; evaluación, admisión y ingreso; planificación de atención; gestión de casos; derivación y orientación en materia de salud; apoyo intensivo para la orientación en materia de vivienda; y planificación del alta. Los servicios de respiro médico previos al procedimiento incluyen habitación privada y comida; evaluación, admisión y ingreso; servicios de apoyo previos al procedimiento y planificación del alta.	$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.

Atención en un centro de cuidados paliativos

Usted califica para recibir los beneficios de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un diagnóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Usted puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o tiene un interés financiero. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Medicamentos para el control de los síntomas y alivio del dolor
- Atención de relevo a corto plazo
- Atención en el hogar

Para servicios de cuidados paliativos o para servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal: Original Medicare (en vez de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos los servicios del centro de cuidados paliativos que estén relacionados con su pronóstico terminal. Mientras usted está en un programa de cuidados paliativos, su proveedor facturará a Original Medicare los servicios que le corresponde pagar a Original Medicare. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.

Para servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no son de emergencia o que no son de atención urgente que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su enfermedad terminal, su costo por estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor

Cuando se inscribe en un programa de servicios de cuidados paliativos certificado por Medicare, los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su enfermedad terminal son pagados por Original Medicare, no WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP).

Original Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.

de la red de nuestro plan y siga las reglas del plan (como si hay un requisito de obtener autorización previa).

- Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, únicamente pagará el monto de costo compartido del plan por servicios de la red.
- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido por la tarifa por servicio de Medicare (Original Medicare).

Cuidados paliativos (continuación)

En los servicios cubiertos por WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP), pero que no tienen cobertura con arreglo a la Parte A o B de Medicare: WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) continuará la cobertura de los servicios cubiertos por el plan que no tienen cobertura conforme a la Parte A o B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga la suma del costo compartido de su plan por estos servicios.

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal de cuidados paliativos, usted paga los costos compartidos (Hay un costo de $0 para los miembros de Senior Care Options (SCO)). Si están relacionados con su condición terminal de cuidados paliativos, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare.Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al

mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (*Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare*).

Nota: Si necesita atención que no sea de cuidados paliativos (atención que no se relacione con su enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.

Nuestro plan cubre los servicios de consulta del centro de cuidados paliativos (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no ha optado por el beneficio de cuidados paliativos.

El plan también cubre cobertura de cuidados paliativos (habitación y alimentación en un centro de atención) bajo el beneficio de MassHealth (Medicaid), cuando no está cubierto por Original Medicare.

Se necesita autorización previa para recibir determinados servicios de cuidados paliativos.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
Vacunas Los servicios cubiertos de Medicare de la Parte B incluyen: • Vacuna contra la neumonía • Inyecciones (o vacunas) contra la influenza, una vez cada temporada de influenza en otoño e invierno, con inyecciones (o vacunas) adicionales contra la influenza si son médicamente necesarias. • Vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer la hepatitis B • Vacunas contra el COVID-19 • Otras vacunas si usted está en riesgo y cumple los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D. Consulte el Capítulo 5, Sección 8, para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza, la hepatitis B y COVID-19.
Atención para pacientes hospitalizados Incluye pacientes hospitalizados en estado agudo, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en que ingresan oficialmente al hospital con una orden del médico. El día anterior al alta es su último día de hospitalización. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas que incluyen dietas especiales • Servicios regulares de enfermería	$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
• Los costos de unidades de cuidados especiales (como la unidad de cuidados intensivos o unidades de cuidados coronarios) • Medicamentos y fármacos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de la sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios de hospitalización por trastornos por abuso de sustancias	

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación)

- En determinadas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: de córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si usted necesita un trasplante, nosotros haremos los arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o encontrarse fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplantes dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir hacerlo de forma local, siempre y cuando los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar las tarifas de Original Medicare. Si WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) brinda servicios de trasplante en una ubicación fuera del patrón de atención para trasplantes de su comunidad y usted opta por recibir el trasplante en dicha ubicación distante, arreglaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante.
- Sangre: incluidos su almacenamiento y administración La cobertura de la sangre entera y glóbulos rojos llenos comienza recién con la cuarta pinta de sangre que usted necesita; usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtiene en un año calendario u obtener sangre donada por usted u otra persona. Todos los componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta usada, según su beneficio de MassHealth (Medicaid).
- Servicios médicos

Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe extender una orden para ingresarlo formalmente como paciente internado del hospital. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se lo considere un paciente ambulatorio. Si no

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare, titulada *"¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!* Esta hoja informativa se puede obtener en el sitio web https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de manera gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Se necesita autorización previa para la atención hospitalaria para pacientes internados.	
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren una estadía en el hospital. En virtud de Medicare, usted tiene cobertura para un límite vitalicio de 190 días para servicios a pacientes hospitalizados en hospitales psiquiátricos. El límite de 190 días no aplica a los servicios de salud conductual para pacientes hospitalizados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. En virtud de MassHealth (Medicaid), usted está cubierto para estadías hospitalarias en un hospital psiquiátrico o en una unidad psiquiátrica de un hospital general más allá del límite de Medicare o cuando no se cumplan los criterios de Medicare, siempre y cuando la estancia	$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
hospitalaria sea médicamente necesaria y aprobada por nuestro proveedor de salud conductual. *No se requiere autorización previa para los servicios de atención de salud conductual para pacientes hospitalizados.*	
Estancia hospitalaria: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estancia hospitalaria no cubierta Si ha agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la estancia hospitalaria no es razonable y necesaria, no cubriremos su estancia hospitalaria. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros aparatos utilizados para la reducción de fracturas y dislocaciones • Prótesis y dispositivos ortopédicos (que no sean dentales) que reemplacen la totalidad o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno permanentemente inoperativo o con mal funcionamiento, incluyendo el reemplazo o reparaciones de dichos dispositivos	$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
• Aparatos ortopédicos para pierna, brazo, cuello; brazos, espalda y cuello; trusas; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluyendo ajustes, reparaciones y reemplazos requeridos debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención institucional a largo plazo en asilo (cuidado supervisado) Atención de personal no especializado, como ayuda con actividades de la vida cotidiana como bañarse, vestirse, alimentarse, levantarse de la cama o de la silla y acostarse, movilizarse y usar el baño. También puede incluir la atención que la mayoría de las personas se presta a sí mismas, como el uso de gotas para los ojos. *Se necesita autorización previa para la Atención institucional a largo plazo en asilo.*	$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.
Servicios de lavandería Servicios de limpieza que ofrece una empresa de lavandería.	$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para pacientes diabéticos, con enfermedades renales (pero que no se realizan diálisis), o después de un trasplante de riñón cuando lo indique su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoría personalizada durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después de esto. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, también podría recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar su orden cada año, si usted necesita continuar el tratamiento el próximo año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que califiquen para los servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
La cobertura proporcionada por MassHealth (Medicaid) cuando los servicios no tienen cobertura conforme a Medicare o cuando sea médicamente necesario, como cuando el miembro no puede cumplir los requisitos nutricionales diarios utilizando solo comida debido a una lesión o enfermedad. Se requiere autorización previa para terapia de nutrición médica cuando no esté cubierta por Medicare.	
Suministros médicos Incluye la cobertura de suministros como los suministros para la incontinencia y suplementos nutricionales. *Se requiere autorización previa para suministros médicos que cuesten $500 o más.*	$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios de Medicare que califiquen bajo todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de la salud, que proporciona capacitación práctica en cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de solución de problemas para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben	$0 de copago

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que por lo general no son autoadministrados por el paciente y se inyectan o introducen mientras usted recibe servicios médicos, de paciente ambulatorio o de centros de cirugía ambulatoria • Insulina proporcionada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que tome utilizando equipo médico duradero (como los nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • La droga del Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento, lo que podría aumentar sus costos totales. Hable con su médico sobre las exploraciones y pruebas que puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que se inyecta usted mismo si padece de hemofilia	Medicare proporciona cobertura.

Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)

- Medicamentos de trasplante/inmunodepresores: Medicare cubre la terapia de medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órganos. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y la Parte B al momento de recibir medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre.
- Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si usted está confinado en casa, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con la osteoporosis posmenopáusica y no se puede autoadministrar el medicamento
- Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona instruida correctamente (que podría ser usted, el paciente) los proporciona bajo supervisión apropiada
- Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o el medicamento es un prodrug (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en la droga inyectable) del medicamento inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D no
- Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre medicamentos orales contra las náuseas que use como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer, si se administran antes, las 48 horas o dentro de las 48 horas posteriores a la

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
quimioterapia, o se utilizan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre • Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de ERET, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Determinados fármacos para diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y anestésicos tópicos	
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación) • Agentes eritropoyéticos-estimulantes: Medicare cubre la eritropoietina mediante inyección si tiene enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (como Epogen)®, Procrito®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento de enfermedades primarias de inmunodeficiencia en el hogar • Terapia de pasos • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D.	

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe cumplir para contar con la cobertura de recetas médicas. Lo que pagará por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 5. *Es posible que se necesite autorización previa para algunos medicamentos de la Parte B.*	
Pruebas de detección de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos orientación intensiva para ayudarlo a perder peso. Esta orientación está cubierta si la realiza en un entorno de atención primaria, donde puede ser coordinada con su plan de prevención integral. Hable con su médico o proveedor de atención médica primaria para averiguar más al respecto.	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen y la terapia preventiva de la obesidad.
Servicios del programa de tratamiento por uso de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opiáceos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. para el tratamiento asistido con medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) • Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Asesoría para trastornos por uso de sustancias	$0 de copago Medicare proporciona cobertura.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
• Terapia individual y grupal • Prueba de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	
Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios terapéuticos y suministros	
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y servicios del técnico • Suministros quirúrgicos, como apósitos • Férulas, yesos y otros aparatos utilizados para la reducción de fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre: incluidos su almacenamiento y administración La cobertura de la sangre entera y glóbulos rojos llenos comienza recién con la cuarta pinta de sangre que usted necesita; usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtiene en un año calendario u obtener sangre donada por usted u otra persona. Todos los	$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta usada, según su beneficio de MassHealth (Medicaid). • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios *Es posible que se requiera autorización previa para ciertos procedimientos y pruebas, como la radioterapia modulada (IMRT)*	

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios para pacientes ambulatorios brindados para determinar si se lo debe ingresar como paciente hospitalizado o si se lo puede dar de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y se los debe considerar razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos únicamente cuando se brinden por orden de un médico u otra persona autorizada según la ley de licencia estatal y los estatutos del personal del hospital para ingresar pacientes al hospital o solicitar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor escriba una orden que lo ingrese como paciente en el hospital, es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para los servicios de hospital a pacientes ambulatorios. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si usted es un paciente ambulatorio, debería preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare, titulada *"¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!* Esta hoja informativa se puede obtener en el sitio web https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de manera gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos servicios de urgencia que usted recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o una lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como por ejemplo, servicios de observación o cirugía ambulatoria. • Exámenes de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, de no brindarse, necesitará tratamiento como paciente internado • Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital. • Suministros médicos, como férulas y yesos • Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede aplicarse a sí mismo **Nota:** A menos que el proveedor escriba una orden que lo ingrese como paciente en el hospital, es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para los servicios de hospital a pacientes ambulatorios. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si usted es un paciente ambulatorio, debería preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare, titulada *"¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!* Esta hoja informativa se puede obtener en el sitio web	$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de manera gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana. *Algunos servicios proporcionados en el entorno hospitalario ambulatorio pueden requerir autorización previa.*	
Atención de salud conductual para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud conductual prestados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo	$0 de copago Medicaid y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional con licencia (LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), terapeutas matrimoniales y familiares (MFT), consejeros de salud conductual, enfermera practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de la salud conductual calificado por Medicare, según lo permita la ley estatal aplicable. Debe usar un proveedor de Carelon Behavioral Health (Carelon). Para coordinarlo, póngase en contacto con el Servicios para Miembros llamando al 855-833-8125, TTY/TDD: 711 Sólo se requiere autorización previa para los servicios de Estimulación Transmagnética (EMT) y Análisis Conductual Aplicado (ABA).	
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje. Los servicios de rehabilitación ambulatorios se brindan en varios establecimientos ambulatorios, como departamentos de consultas ambulatorias, consultorios de terapeutas independientes y Centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF). Los servicios proporcionados son: • Servicios de fisioterapia: evaluación, tratamiento y restauración al mejor funcionamiento posible o normal de los sistemas neuromuscular, musculoesquelético, cardiovascular y respiratorio.	$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
• Servicios de terapia ocupacional: evaluación y tratamiento de las funciones físicas afectadas de una persona inscrita en su propio entorno. • Servicios del habla y la audición: evaluación y tratamiento del habla, lenguaje, voz, audición, fluidez y trastornos de deglución. Los servicios se pueden proporcionar bajo el beneficio de MassHealth (Medicaid) cuando no se cumple con los criterios de cobertura en virtud de Medicare. *Se necesita autorización previa para los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.* No se necesita autorización previa para la evaluación inicial de cada terapia.	
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en centros para pacientes ambulatorios del hospital y centros de cirugía ambulatoria **Nota:** Si se debe realizar una cirugía en un hospital, debería verificar con su proveedor si será un paciente ambulatorio u hospitalizado. A menos que el proveedor le prescriba una orden para ingresarlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido de la cirugía ambulatoria. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se lo considere un paciente ambulatorio. Se puede necesitar autorización previa para determinados servicios de cirugía ambulatoria.	$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
Artículos de venta libre (OTC) Este beneficio suplementario se combina con el beneficio suplementario para enfermos crónicos, enumerados anteriormente en esta tabla. Le proporcionaremos una tarjeta, por valor de 155 $ al mes (las cantidades no utilizadas NO se transferirán al mes siguiente dentro del mismo año natural) y esta cantidad podrá utilizarse para una combinación de artículos de venta libre, servicios públicos y alimentos y productos agrícolas. Los servicios públicos incluyen electricidad, agua, alcantarillado, gas, internet y servicios de telefonía celular. La cantidad máxima combinada que recibirá por año calendario no excederá de $1,860 por año calendario. Nota: Los beneficios de alimentos y servicios públicos son parte de un programa complementario especial para enfermos crónicos. Es posible que se apliquen ciertas restricciones. Solo en lugares participantes. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.	155 $ (combinados entre artículos de venta libre, servicios públicos y alimentos y productos agrícolas) al mes. Los servicios públicos incluyen electricidad, agua, alcantarillado, gas, internet y servicios de telefonía celular. No se transfieren al siguiente mes. Medicare proporciona cobertura.
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos *La hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como servicio ambulatorio hospitalario o por un centro comunitario de salud conductual, que es más intenso que la atención recibida en la consulta de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización.	$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento de terapia activa de salud conductual proporcionado en un departamento de pacientes ambulatorios del hospital, un centro comunitario de salud conductual, **Servicios de hospitalización parcial federal y servicios ambulatorios intensivos** centro de salud calificado o una clínica de salud rural que es más intensa que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT), o consultorio de consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial. Debe usar un proveedor de Carelon Behavioral Health (Carelon). Para coordinarlo, póngase en contacto con el Servicios para Miembros llamando al 855-833-8125, TTY/TDD: 711. Sólo se requiere autorización previa para los servicios de Estimulación Magnética Transcraneal (EMT) y Análisis Conductual Aplicado (ABA).	

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
Asistente de cuidado personal Programa dirigido por el consumidor que permite que los miembros contraten a un asistente de atención personal (Personal Care Attendant, PCA) para que les preste ayuda en las actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, ADL), como traslados/movilidad, medicamentos, bañarse o asearse, vestirse o desvestirse, una variedad de ejercicios de movimiento, comer, ir al baño y en actividades instrumentales de la vida diaria (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) como ir de compras, lavar la ropa, preparar la comida y realizar la limpieza del hogar. *Se necesita autorización previa para el programa de Asistente de cuidado personal.*	$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.
Servicios de atención personal Incluye bañarse, vestirse, asearse, cuidado de los pies, ayuda con las prótesis dentales, para afeitarse, ayuda con la bacinilla, comer, moverse y trasladarse. *Se necesita autorización previa para los Servicios de atención personal.*	$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.
Sistemas de respuesta a emergencias personales (PERS) Sistema de comunicación médica que permite que los miembros que tienen una emergencia médica en casa activen un dispositivo electrónico que transmite una señal a una estación de monitoreo.	$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.

Servicios del médico/profesional de la salud, incluidas las visitas al consultorio médico
Los servicios cubiertos incluyen:
• Servicios de atención médica o de cirugía médicamente necesarios que se prestan en un consultorio médico, centro de cirugía ambulatoria certificado, departamento ambulatorio de un hospital o cualquier otra ubicación.
• Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista
• Exámenes básicos de la audición y del equilibrio, proporcionados por su PCP si su médico los indica para determinar si necesita tratamiento médico
• Ciertos servicios de telesalud, incluyendo:
  ○ Servicios de rehabilitación cardíaca
  ○ Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva
  ○ Servicios de rehabilitación pulmonar
  ○ SET para servicios PAD
  ○ Servicios necesarios de urgencia
  ○ Servicios del médico de atención primaria
  ○ Servicios quiroprácticos
  ○ Servicios de terapia ocupacional
  ○ Servicios de médico especialista
  ○ Sesiones individuales para Servicios de especialidades de salud conductual
  ○ Sesiones grupales para Servicios de especialidades de salud conductual
  ○ Servicios de podología
  ○ Otro profesional de la salud
  ○ Sesiones individuales para servicios psiquiátricos
  ○ Sesiones grupales para servicios psiquiátricos
  ○ Servicios de fisioterapia y patología del habla y el lenguaje
  ○ Servicios del programa de tratamiento para el uso de opioides
	$0 de copago
	Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.

- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
- Sesiones individuales para trastornos por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios
- Sesiones grupales para trastornos por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios
- Servicios de educación sobre enfermedades renales
- Capacitación para el automanejo de la diabetes
- Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare

Servicios del médico/profesional de la salud, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)

- Usted tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de red que ofrezca el servicio por telesalud.
- Estos servicios se pueden obtener electrónicamente a través de audio y video en tiempo real o por teléfono.

- Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros de diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en hospitales o de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro

- Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un infarto cerebral, independientemente de su ubicación
- Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación
- Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si:
    - Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud.
    - Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud.
    - Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias.
- Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados federalmente.
- Check-in virtuales (por ejemplo, por teléfono o video chat) con su médico durante 5-10 minutos **si**:
    - Usted no es un paciente nuevo **y**
    - el check-in no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y**
    - el check-in no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita más pronto disponible
- Evaluación de video o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **si**:
    - Usted no es un paciente nuevo **y**
    - la evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita más pronto disponible

- Consulta de su médico con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios del médico/profesional de la salud, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) • Segunda opinión de otro proveedor de la red de servicios antes de la cirugía • Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos están limitados a cirugía de la mandíbula o de estructuras relacionadas, reducción de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por enfermedad de cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos si los prestara un médico). • Servicios de telesalud proporcionados por terapeutas ocupacionales (OT), fisioterapeutas (PT), patólogos del habla y el lenguaje (SLA) y audiólogos *Se puede necesitar autorización previa para algunos servicios prestados por su PCP u otro médico.* *Para los servicios de salud conductual sólo se requiere autorización previa para los servicios de estimulación magnética transcraneal (EMT) y análisis conductual aplicado (ABA).*	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo). • Atención de rutina de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas de las extremidades inferiores	$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
MassHealth (Medicaid) puede cubrir servicios que no sean de rutina cuando no se cumplen los criterios de Medicare. Es posible que se necesite una autorización previa bajo el beneficio de MassHealth (Medicaid).	
Examen de detección de cáncer de próstata Para hombres de 50 años o mayores, los servicios cubiertos incluyen los siguientes, una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba anual de PSA.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados Dispositivos (excepto dentales) que sustituyen la totalidad o parte de una parte del cuerpo o función. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o formación en el uso de prótesis y aparatos ortopédicos; así como: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con los cuidados de colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, calzado protésico, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sujetador quirúrgico tras una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, y la reparación y/o sustitución de dispositivos protésicos y ortopédicos. También incluye cierta cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Para obtener información más detallada, consulte **Atención de la vista** más adelante en esta sección. MassHealth (Medicaid) puede proporcionar cobertura para dispositivos protésicos y suministros relacionados cuando no se cumplan los criterios de Medicare. Es posible que se requiera autorización previa para determinados dispositivos protésicos que cuesten $500 dólares o más.	No hay coaseguro para dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden para rehabilitación	$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
pulmonar emitida por el médico tratante de la enfermedad respiratoria crónica. MassHealth (Medicaid) puede proporcionar cobertura si no se cumple el criterio de Medicare.	
Monitorización remota de pacientes (RPM) A partir del 1 de agosto de 2024, se permitirá el uso de dispositivos médicos selectos que transmitan información sanitaria personal digital de manera sincrónica o asincrónica desde un paciente en riesgo a un proveedor tratante en una ubicación distante, lo que permitirá al proveedor responder al paciente y controlar su condición. RPM está disponible para miembros que cumplen con ciertos criterios clínicos.	$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.
Atención de relevo Incluye uno o más servicios de atención en el hogar para relevar temporalmente al cuidador primario de un miembro, en circunstancias planificadas o en caso de emergencias, de las presiones diarias y demandas de la atención a un miembro con el fin de fortalecer o apoyar al sistema de apoyo informal. Puede incluir la ubicación a corto plazo en hogares de acogida de atención para adultos, centros de enfermería, hogares de reposo u hospitales. Asimismo, puede brindarle a su cuidador un mínimo de 1 día hasta un máximo de 3 días libres por año y durante ese tiempo se le asignará una atención de relevo, hospitalaria o ambulatoria según sea necesario. *Se necesita autorización previa para los Servicios de atención de relevo.*	$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
Detección y asesoría para la reducción del consumo indebido de alcohol Cubrimos una prueba de detección de uso indebido de alcohol para adultos con Medicare que hacen uso indebido del alcohol, pero no son dependientes. Si su examen de detección del consumo excesivo de alcohol resulta positivo, puede recibir 4 sesiones de asesoría personal al año (si usted está competente y alerta durante la asesoría) a cargo de un médico de atención médica primaria o un profesional calificado en un establecimiento de atención médica primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos cubiertos por Medicare de exámenes y orientación para reducir el abuso del alcohol.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) Para personas que califiquen, una LDCT está cubierta cada 12 meses. **Los miembros elegibles son**: personas de 50 a 77 años que no presenten signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tengan un historial de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y que actualmente fumen o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciban una orden de LDCT durante una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas para la detección del cáncer de pulmón que cumpla los criterios de Medicare para dichas visitas y sea proporcionada por un médico o un profesional no médico cualificado. *Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT luego de la detección inicial con LDCT*: el miembro debe recibir una orden para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede ser realizada durante cualquier visita apropiada con un médico o profesional calificado que no sea un médico. Si un médico o auxiliar médico calificado elige proporcionar orientación para la detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartidas para exámenes de detección de cáncer de pulmón siguientes con LDCT, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para dichas consultas. Se necesita autorización previa.	No hay coseguro, copago o deducible por la consulta de asesoría y de toma de decisión compartida cubierta por Medicare o por la LDCT.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
Examen de detección de infecciones de trasmisión sexual (ITS) y asesoría para prevenir las ITS Cubrimos los exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para ciertas personas que están en mayor riesgo de una ITS cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de atención primaria. También cubrimos hasta dos sesiones personales de entre 20 y 30 minutos de asesoría conductual de alta intensidad para adultos sexualmente activos que tienen un alto riesgo de contraer ITS. Solo cubriremos estas sesiones de orientación como un servicio preventivo, si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria y si se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como un consultorio médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de examen de detección de ITS y asesoría para prevenir ITS cubierto por Medicare.

Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de educación en enfermedades renales para enseñar el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas acerca de su cuidado. Para miembros con etapa IV de la enfermedad renal crónica cuando sean derivados por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación de la enfermedad renal una vez en la vida. • Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra provisionalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio está temporalmente inaccesible o no disponible). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si usted es ingresado como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación de autodiálisis, que incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar • Suministros y equipo de diálisis en el hogar. • Algunos servicios de apoyo domiciliario (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de trabajadores capacitados en diálisis para examinar su diálisis en el hogar, ayuda en emergencias y revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua) Determinados medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección **Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare**.	$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención en un Centro de enfermería especializada (SNF) (Busque en el Capítulo 12 de este documento la definición de centro de enfermería especializada. Los centros de enfermería especializada a menudo se conocen como SNF). Medicare cubre hasta 100 días en un Centro de enfermería especializada en un período de beneficios. Hay cobertura adicional **Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)** para atención a largo plazo bajo el beneficio de MassHealth (Medicaid). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.

- Medicamentos administrados como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como factores de la coagulación sanguínea)
- Sangre: incluidos su almacenamiento y administración La cobertura de la sangre entera y glóbulos rojos llenos comienza recién con la cuarta pinta de sangre que usted necesita; usted debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que obtiene en un año calendario u obtener sangre donada por usted u otra persona. Todos los componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta usada, según su beneficio de MassHealth (Medicaid).
- Suministros médicos y quirúrgicos, generalmente proporcionados por el SNF
- Pruebas de laboratorio, generalmente proporcionadas por el SNF
- Radiografías y otros servicios de radiología, generalmente proporcionados por el SNF
- Uso de aparatos como sillas de ruedas generalmente proporcionados por el SNF
- Servicios de médicos/profesionales

Por lo general, obtendrá la atención de un SNF en centros de la red. Sin embargo, en determinados casos que se detallan a continuación, es posible que usted pueda obtener su cuidado de un centro que no sea proveedor de la red, si el centro acepta las cantidades que paga nuestro plan.

- Una residencia para ancianos o una comunidad de retiro de atención continua donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre y cuando el centro proporcione atención de enfermería especializada).
- Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstico está viviendo en el momento en que usted abandona el hospital.

Se requiere autorización previa para la atención en un Centro de enfermería especializada.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
Dejar de fumar y de usar tabaco (orientación para dejar de fumar o consumir tabaco) Si usted consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco: cubrimos dos orientaciones para intentar dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.	No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar o de usar tabaco cubiertos por Medicare.
Dejar de fumar y de usar tabaco (orientación para dejar de fumar o consumir tabaco) Si utiliza tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco, o toma algún medicamento que podría ser afectado por el tabaco: cubrimos los servicios de orientación para dejar de fumar. Cubrimos dos orientaciones de intento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses, sin embargo, usted pagará los costos compartidos aplicables. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales. MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura para reemplazo de nicotina que incluye parches de nicotina, goma de mascar y otros medicamentos si están recetados por su médico. Se necesita receta médica para los medicamentos de reemplazo de nicotina.	
Servicios de atención social diurna Programas individualizados de actividad social para miembros que necesitan supervisión diurna en lugares fuera del hogar. *Se necesita autorización previa para los Servicios de atención social diurna.*	$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos Estamos proporcionando a los miembros que son diagnosticados con ciertas condiciones crónicas (enumeradas en la Sección 2.1 de este Capítulo) que cumplen con ciertos criterios definidos a continuación, un beneficio suplementario adicional para Food & Produce. Este beneficio se combina con el beneficio suplementario para medicamentos, dispositivos y servicios de venta libre. Le proporcionaremos una tarjeta, por valor de $155 al mes (las cantidades no utilizadas NO se transferirán al mes siguiente dentro del mismo año natural) y esta cantidad podrá utilizarse para una combinación de artículos de venta libre, servicios públicos y alimentos y productos agrícolas. La cantidad máxima combinada que recibirá por año calendario no excederá de $1,860 por año calendario.	$155 (combinados entre artículos de venta libre, servicios públicos y alimentos y productos agrícolas) al mes. No se transfieren al siguiente mes. Medicare proporciona cobertura.
Servicios por trastornos por uso de sustancias Tanto Medicare como MassHealth (Medicaid) cubren lo siguiente: Consultas de terapia individual y grupal para pacientes ambulatorios. Además, MassHealth (Medicaid) cubre lo siguiente: o Tratamiento para el tratamiento para trastornos por abuso de sustancias o Medicamentos usados para tratar la dependencia a opioides o Tratamiento de acupuntura o Servicios de apoyo clínico o Programas estructurados de adicción para pacientes ambulatorios o Otros servicios requeridos por la ley o la regulación	$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
No se requiere autorización previa para los servicios de trastornos por consumo de sustancias.	
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) La SET está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática. Se cubre hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos para el programa de SET. El programa de SET debe: • Consistir en sesiones de 30-60 minutos, comprender un programa de ejercicio-entrenamiento terapéutico para PAD en pacientes con claudicación • Ser realizado en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Ser prestado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen el daño, y que esté capacitado en el tratamiento con ejercicios para PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermera practicante o especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas **Es posible que se cubran más de 36 sesiones de SET durante 12 semanas por unas 36 sesiones adicionales durante un período de tiempo extendido si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.**	$0 de copago Medicare proporciona cobertura.
Transporte (que no es de emergencia a citas médicas)	$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
Taxi y silla de automóvil u otros medios de transporte por atención médica cubierta dentro de la comunidad del miembro, o comunidad más cercana si no hay otros recursos disponibles, cuando el miembro no pueda transportarse por sí mismo debido a razones de salud. Una parada: el plan cubrirá hasta 1 parada de regreso a su casa de su cita médica si necesita retirar un medicamento o suministros/dispositivos médicos como resultado de su cita. Esta parada está limitada a no más de 1 hora y se debe coordinar con anticipación a su cita. Puede solicitar una parada al momento de coordinar el transporte. Para los miembros que necesitan un viaje en menos de 48 horas, los conductores no se hayan presentado o lo hayan cancelado, nuestro proveedor puede coordinar un transporte alternativo. El miembro debe llamar a Servicios para Miembros de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) para coordinar el transporte.	
Transporte: social (no de emergencia, no médico) El transporte a servicios sociales no médicos está cubierto. Se le permite realizar 10 viajes sociales al mes, con un límite de 15 millas de ida o vuelta. Si solo necesita un viaje de ida, eso cuenta como un viaje. El miembro debe llamar a WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP), para coordinar el transporte.	$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.
Servicios necesarios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata y que no sea una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o, aún si se encuentra dentro del área de servicio del plan, si no es razonable, teniendo en cuenta el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los	$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Su plan debe cubrir los servicios necesarios de urgencia. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes inesperados de dolencias ya existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como exámenes anuales, no se consideran necesarias de urgencia, incluso si usted está fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible temporalmente. Si no es razonable dadas sus circunstancias obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red, entonces su plan cubrirá los servicios necesarios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red se dan si: Usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y necesita servicios médicos inmediatos por una afección imprevista, pero no se trata de una urgencia médica; o no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red. Los costos compartidos por servicios necesarios de urgencia proporcionados fuera de la red son los mismos que por dichos servicios proporcionados dentro de la red. Hay un costo de $0 para miembros de Senior Care Options (SCO). La cobertura se proporciona para un beneficio complementario que cubre servicios de emergencia y atención de urgencia en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Sin embargo, el transporte para regresar a Estados Unidos y sus territorios NO está cubierto.	

Atención de la vista

Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de consulta médica ambulatoria para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista, incluyendo el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto • Para personas que tienen alto riesgo de glaucoma, cubrimos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen las personas con una historia familiar de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos que tienen 50 años o más, e hispanoamericanos que tienen 65 años o más • Para personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular (si tiene dos operaciones de catarata separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). Además, nuestro plan también cubre los siguientes servicios: • Un (1) examen ocular de rutina por año • Se cubre un par/juego de anteojos (lentes recetados, marcos, una combinación de lentes y marcos) o lentes de contacto hasta la cantidad permitida por año calendario Beneficio complementario: • $325 de asignación por año para la compra de anteojos (lentes y marcos o lentes de contacto) y actualizaciones	$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.

- Los servicios de visión complementarios anteriores están cubiertos y son proporcionados por el proveedor de servicios de visión del plan. Si lo prefiere, puede recurrir a un proveedor no contratado; sin embargo, estos proveedores no contratados no pueden facturar directamente al plan y pueden cobrarle el coste por adelantado. Si opta por esa opción, deberá presentar documentación para el reembolso del Plan (consulte la Sección 2.1 del Capítulo 6 para obtener información sobre el reembolso).

Llame al Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual) si necesita ayuda para obtener gafas o para el proceso de reembolso.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que** debe pagar cuando recibe estos servicios
Visita preventiva Bienvenido a Medicare	
El plan cubre esta visita preventiva única *Bienvenido a Medicare*. La visita incluye una revisión de su estado de salud, así como formación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas determinadas pruebas de detección y vacunas), y derivación a otros servicios sanitarios si fuera necesario. Importante: **Cubrimos la visita preventiva** Bienvenido a Medicare únicamente dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando solicite la consulta, avise al consultorio del médico que quiere programar su visita preventiva Bienvenido a Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por el plan (exclusiones)

Esta sección le indica qué servicios están excluidos.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan bajo ninguna condición o están cubiertos por el plan únicamente bajo condiciones específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto bajo las condiciones específicas que se enumeran a continuación. Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de urgencias, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se recurre y se decide: tras el recurso que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 8 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Acupuntura		• Disponible para personas con dolor lumbar crónico bajo ciertas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos		• Cubiertos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con malformaciones. • Sin embargo, se cubren todas las etapas de reconstrucción del seno después de una mastectomía y también del seno no afectado a fin de producir una apariencia simétrica.
Atención asistencial La atención de custodia (cuidado supervisado) es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico entrenado; por ejemplo, el que le ayuda en las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.		• Cubierto por MassHealth (Medicaid)

Servicios no cubiertos por Medicare	**No cubiertos en ninguna situación**	**Cubiertos solo en circunstancias específicas**
Procedimientos, equipos y medicamentos quirúrgicos y médicos experimentales. Procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Original Medicare determinen como generalmente no aceptados por la comunidad médica.		• Pueden estar cubiertos por Original Medicare dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Vea el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa.	**No cubiertos en ninguna situación**	
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar.	**No cubiertos en ninguna situación**	
Comidas a domicilio		• Cubierto por MassHealth (Medicaid)
Los servicios de ayuda doméstica incluyen asistencia básica en el hogar, como el aseo de la vivienda o la preparación de comidas ligeras.		• Cubierto por MassHealth (Medicaid)
Servicios de naturopatía (utilizan tratamientos naturales o alternativos).	**No cubiertos en ninguna situación**	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Atención dental que no es de rutina		• La atención dental requerida para el tratamiento de una enfermedad o de una lesión puede estar cubierta como atención para pacientes ambulatorios u hospitalizados. • Cubierto por MassHealth (Medicaid)
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		• Los zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.
Artículos personales, como un teléfono o un televisor, en su habitación del hospital o el centro de enfermería especializada.	**No cubiertos en ninguna situación**	
Habitación privada en un hospital.		• Solo cubierto cuando es médicamente necesario.
Anulación de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos no recetados.	**No cubiertos en ninguna situación**	
Atención quiropráctica de rutina		• Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o prótesis dentales.		• Cubierto por MassHealth (Medicaid)
Exámenes de la vista rutinarios, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros tipos de asistencia para la vista disminuida.		• Se cubre el examen de los ojos y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas que se hayan sometido a una cirugía de cataratas. • Cubierto por MassHealth (Medicaid)
Atención de rutina de los pies		• Cobertura limitada de conformidad con las pautas de Medicare, p. ej., en caso de diabetes.
Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para adaptar los audífonos.		• Cubierto por MassHealth (Medicaid)
Servicios considerados no razonables y necesarios, según las normas de Original Medicare.	**No cubiertos en ninguna situación**	

CAPÍTULO 5:
Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

¿Cómo obtener información acerca de sus costos de medicamentos?

Dado que usted es elegible para Medicaid, califica para recibir y está recibiendo "Ayuda adicional" de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que usted se encuentra en el programa de "Ayuda adicional", **cierta información de esta *Evidencia de cobertura* acerca de los costos de la Parte D de medicamentos puede no aplicarse a usted.** Incluimos un inserto separado llamado *Cláusula de la Evidencia de cobertura para las personas que obtienen Ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados* (también conocido como *Cláusula de Subsidio por bajos ingresos*, o la *Cláusula LIS*), el cual informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros y solicite la *Cláusula LIS*. (Los números de teléfono del Servicios para Miembros figuran en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, se **explican las normas para utilizar su cobertura de medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de un centro de cuidados paliativos.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos según sus beneficios de MassHealth (Medicaid). Comuníquese con Servicios para Miembros (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este manual) o visite nuestro sitio web (wellsense.org/sco).

Sección 1.1 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

Por lo general, el plan cubre sus medicamentos, siempre que cumpla estas normas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otra persona autorizada para recetar) que le extienda la receta médica, que debe tener validez en virtud de la ley estatal aplicable.
- El profesional que le receta no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.

- En general debe usar una farmacia de la red para obtener su medicamento recetado. (Consulte la Sección 2 en este capítulo). O puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo del plan.
- Su medicamento debe formar parte de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (también la denominamos Lista de medicamentos). (Consulte la Sección 3 en este capítulo).
- Debe utilizar su medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinadas referencias. (Consulte la Sección 3 de este capítulo para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas).
- Su medicamento puede requerir aprobación antes de que lo cubramos. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información acerca de las restricciones de su cobertura).

SECCIÓN 2 Adquirir sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan

Sección 2.1 Utilizar una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta médica *solo* se cubrirán si se surten en farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo le cubriríamos sus recetas dispensadas en una farmacia fuera de la red).

Una farmacia de la red es aquella que tiene un contrato con el plan para proporcionarle sus medicamentos con receta cubiertos. El término medicamentos cubiertos se refiere a todos los medicamentos recetados de la Parte D que están en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo puede buscar farmacias de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (wellsense.org/sco) o llamar a Servicios para Miembros.

Puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

¿Qué sucede si la farmacia a la que acude abandona la red?

Si la farmacia que ha estado usando deja de pertenecer a la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia que forme parte de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Miembros o usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web, en wellsense.org/sco.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos recetados deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de centros de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Generalmente, un centro de atención a largo plazo (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para tener acceso a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que sirven al Servicio de salud indígena/Programa de salud para indígenas tribales/urbanos (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) a determinados lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de farmacias* en wellsense.org/sco o llame a Servicios para Miembros.

Sección 2.3 Utilizar el servicio de pedidos por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede utilizar el servicio de pedidos por correo de la red del plan. En general, los medicamentos provistos a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma en forma regular, por una afección médica crónica o prolongada. Estos medicamentos están marcados como medicamentos **de venta por correo en** nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir **un suministro para 90 días como** máximo.

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, póngase en contacto con el Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

Por lo general, un pedido de farmacia por correo le será entregado en un plazo máximo de 7 días. Si su receta de pedido por correo se retrasa, permitiremos un relleno en una farmacia minorista de la red cercana a usted para que no se quede sin medicamentos. Si tiene problemas para obtener sus medicamentos, llame al Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

Nuevas recetas médicas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
Una vez que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, lo contactará para ver si desea que se suministre el medicamento inmediatamente o con posterioridad. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, a fin de informarles si deben enviar, retrasar o detener la nueva receta.

Reposiciones de recetas médicas por correo. Para reposiciones, comuníquese con su farmacia *14* días antes de que se le termine su receta actual, para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Sección 2.4 ¿Cómo puedo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos?

El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento incluidos en la Lista de

medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente para una afección médica crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de Farmacia* en wellsense.org/sco le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no esté en la red del plan?

Su receta médica puede tener cobertura en determinadas situaciones

Generalmente, cubrimos los medicamentos que se adquieren en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede acudir a una farmacia de la red. Para ayudarlo, ofrecemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede adquirir sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con el Servicios para Miembros para saber** si hay una farmacia de la red cerca. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

A continuación , se indican las circunstancias en las que cubriríamos las recetas dispensadas en una farmacia fuera de la red:

- Cuando usted está fuera del área de servicio del plan y no hay una farmacia de la red de servicios disponible.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total al momento de adquirir su medicamento recetado. Puede solicitarnos un reembolso. (La Sección 7 del Capítulo 2 explica cómo solicitar al plan su reembolso).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan

Sección 3.1 La Lista de medicamentos indica los medicamentos de la Parte D que están cubiertos

El plan dispone de una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario).* En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos Lista de Medicamentos.**

El plan, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos incluidos en esta lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos cubiertos en virtud de la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos según sus beneficios de MassHealth (Medicaid). El listado de medicamentos le indica cómo averiguar acerca de su cobertura de medicamentos de MassHealth (Medicaid). La lista de los medicamentos cubiertos por MassHealth (Medicaid) está disponible en nuestra página web, wellsense.org/sco, o puede llamar al Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de Medicamentos del plan siempre que cumpla las demás normas de cobertura explicadas en este capítulo y el medicamento se utilice para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está:

- Aprobado por la administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para lo que fue recetado, o
- Respaldado por determinadas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System.

Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos para algunas afecciones médicas, pero se consideran no incluidos en el formulario para otras afecciones médicas. Estos medicamentos se identificarán en nuestra Lista de medicamentos y en el Buscador de planes de Medicare, junto con las condiciones médicas específicas que cubren.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, puede tratarse de un medicamento o de un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan igual de bien que el producto biológico de marca u original y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas a biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituir el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 11 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de medicamentos.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y funcionan igual de bien. Para más información, llame al Servicios para Miembros.

¿Qué *no* incluye la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo.)
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en la Lista de Medicamentos. En algunos casos, podrá obtener un medicamento que no figure en la Lista de medicamentos. (Para más información, consulte el Capítulo 8.)

Sección 3.2 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?

Tiene 2 maneras de averiguarlo:

1. Visite el sitio web del plan (wellsense.org/sco). La Lista de medicamentos que se encuentra en el sitio web siempre es la más actualizada.
2. Llame a Servicios para Miembros para verificar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para solicitar una copia de la lista.

SECCIÓN 4 Hay restricciones de cobertura en algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

En determinados medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos en las formas más eficaces. Consulte la Lista de medicamentos para saber si se aplica alguna de estas restricciones a un medicamento que usted toma o desea tomar.

Si un medicamento seguro de menor valor presenta la misma eficacia médica que un medicamento de mayor valor, las normas del plan están diseñadas para recomendar que usted y su proveedor utilicen ese medicamento de menor valor.

Tenga en cuenta que algunas veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en potencia, cantidad o la forma de administración indicadas por su proveedor de atención médica, y pueden aplicar distintas restricciones o costo compartido a distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg comparado con 100 mg; uno por día comparado con dos por día; comprimido comparado con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

Las siguientes secciones proporcionan más información sobre los tipos de restricciones que aplicamos para determinados medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicios para Miembros para averiguar lo que debe hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que no le apliquemos la restricción, deberá usar el proceso de decisiones de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos o no aceptar no aplicar la restricción en su caso. (Consulte el capítulo 8.)

Obtener la aprobación del plan por adelantado

En determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. A esto se llama **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esa aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito le recomienda probar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de efectivos antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica y el medicamento A es menos costoso, el plan puede requerirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le da resultado, el plan entonces cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada**.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de un medicamento que obtiene cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su medicamento recetado a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía que lo esté?

Sección 5.1 Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desearía

Hay situaciones en las que es posible que haya un medicamento recetado que esté tomando, o un medicamento que su proveedor considere que debe tomar, que no se encuentre en nuestro formulario o que se encuentre en el formulario con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento simplemente no esté cubierto. O quizás una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero se establecen normas o restricciones adicionales para la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- Hay medidas que puede tomar si su medicamento no está cubierto en la forma en que usted desearía que esté cubierto. **Si su medicamento no forma parte de la Lista de medicamentos o está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.**

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene alguna restricción?

Si su medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos o está restringido, a continuación, encontrará algunas opciones:

- Podría obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedir que el plan cubra el medicamento o que elimine las restricciones del medicamento.

Podría obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo de hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan** O **ahora está restringido de alguna manera**.

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan**.**
- **Si estuvo en el plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será por un suministro máximo de 30 días. Si su receta médica indica menos días, autorizaremos múltiples dispensas para proporcionarle hasta un máximo de 30 días del medicamento. El medicamento recetado debe adquirirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en cantidades menores en algún momento para evitar el desperdicio).
- **En el caso de los miembros que han estado en el plan durante más de *90 días* y residen en un establecimiento de cuidados a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubrimos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular o menos si su receta es por menos días. Esto es adicional a la situación de suministro temporal indicada arriba.
- **En el caso de los miembros que han estado en el plan por más de 90 días y tienen cambios en el nivel de atención en el cual pasan de un centro de tratamiento a otro y necesitan un suministro inmediato:**

  Cubriremos un suministro por *30* días (paciente ambulatorio) o uno por *31* días (atención a largo plazo) de un medicamento en particular, o menos si su receta es para menos días.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame al Servicios para Miembros.

Durante el tiempo en que esté usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento.

Hable con su proveedor sobre si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicios para Miembros para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción y cubra el medicamento de la manera en que a usted le gustaría. Si su proveedor afirma que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de la excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede solicitar que el plan cubra un medicamento incluso si este no forma parte de la Lista de medicamentos del plan. O bien puede solicitar que el plan haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y un medicamento que está tomando va a ser retirado del formulario o restringido de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Usted puede pedir una excepción antes del próximo año, y le daremos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de apoyo de la persona que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 8 le informa qué hacer. Le explica los procedimientos y las fechas límite establecidas por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de forma ágil y justa.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura del plan sucede al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos**.
- **Agregar o quitar una restricción en la cobertura de un medicamento**.
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de Medicamentos del plan.

Consulte el Capítulo 11 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que se analizan en este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué pasa si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted está tomando?

Información sobre los cambios a la cobertura de medicamentos

Cuando ocurran cambios a la Lista de medicamentos, publicaremos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos periódicamente nuestra Lista de medicamentos en línea. Esta sección describe los tipos de cambios que podemos hacer a la Lista de medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo de si se realizaron cambios para un medicamento que está tomando.

Cambios que podamos hacer en la Lista de medicamentos que le afecten durante el año en curso del plan

Aviso general anticipado de que el patrocinador del plan puede hacer ciertas sustituciones inmediatas genéricas y biosimilares:

- **Cómo agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o hacer cambios a un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
    - Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a otro nivel de costo compartido, agregar nuevas restricciones, o las dos cosas. La nueva versión del medicamento tendrá las mismas o menos restricciones.
    - Haremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un nombre de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
    - Podemos hacer estos cambios inmediatamente y decirle más adelante, incluso si está tomando el medicamento al que estamos quitando o haciendo cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que hagamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos hecho.

- **Añadir medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos con previo aviso.**
    - Al añadir otra versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, trasladarlo a un nivel diferente de participación en los gastos, añadir nuevas restricciones, o ambas cosas. La versión del medicamento que añadamos estará en el mismo nivel de reparto de costos o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos.
    - Sólo realizaremos estos cambios si añadimos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o añadimos determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.

  - Le informaremos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un *30*día de surtido de la versión del medicamento que está tomando.

- **Retirada del mercado de medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado.**
  - A veces un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, podríamos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, se lo informaremos luego de hacer el cambio.
- **Hacer otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos.**
  - Es posible que, una vez comenzado el año, introduzcamos otros cambios que afecten a los medicamentos que esté tomando. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias de la FDA o en las nuevas directrices clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos del cambio y cubriremos una dosis adicional para *30*días del medicamento que está tomando.

Si hacemos alguno de estos cambios en alguno de los medicamentos que está tomando, hable con la persona que le receta acerca de las opciones que mejor podrían funcionar para usted, incluyendo cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección, o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción del medicamento que está tomando. Usted o quien prescribe la receta pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el capítulo 8.

Cambios en la Lista de medicamentos que no le afectan durante el año del plan en curso

Podemos hacer ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

En general, los cambios que no le afectarán durante el año del plan actual son:

- Si aplicamos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si sucede alguno de estos cambios en un medicamento que está tomando (excepto por el retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplace a un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipo de medicamentos *no* tienen cobertura del plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos recetados están **excluidos**. Esto significa que ni Medicare ni MassHealth (Medicaid) pagan por estos medicamentos.

Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido en la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, vaya al Capítulo 8). Si el medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por MassHealth (Medicaid), debe pagarlo usted mismo O si el medicamento está excluido, debe pagarlo usted mismo.

Aquí se encuentran las tres reglas generales sobre los medicamentos que no cubren los planes de medicamentos de Medicare bajo la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir medicamentos que tendrían cobertura según la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir medicamentos comprados fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

- Nuestro plan no puede cubrir *el uso no* contemplado de un medicamento cuando dicho uso no está respaldado por determinadas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Micromedex DRUGDEX Information System. *El* uso no indicado en la etiqueta es cualquier uso distinto de los que se indican en la etiqueta de un medicamento, según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos incluidas abajo no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden tener cobertura para usted según su cobertura de medicamentos de MassHealth (Medicaid), como se indica a continuación.

- Medicamentos no recetados (también llamados medicamentos de venta libre)
- Los medicamentos que se usan para fomentar la fertilidad
- Los medicamentos que se utilizan para el alivio de la tos o el resfrío
- Los medicamentos que se utilizan con fines cosméticos o para estimular el crecimiento capilar
- Las vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Los medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la anorexia y la pérdida o el aumento de peso
- Los medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante requiera que las pruebas asociadas y los servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante como condición de venta

SECCIÓN 8 Surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para surtir su receta, dé la información de su plan, que puede encontrar en su tarjeta de membresía, a la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan por su medicamento.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de membresía con usted?

Si no tiene con usted la información de membresía del plan cuando surta su medicamento recetado, usted o algún empleado de la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede solicitar a la farmacia que busque su información de inscripción al plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **quizá usted tenga que pagar el costo total de la receta médica cuando la retire**. (Entonces podrá **solicitarnos el reembolso**. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar al plan los reembolsos).

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales

Sección 9.1 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan?

Si es ingresado en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que estos cumplan con todas las reglas de cobertura que se describen en este capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si es residente de un centro de atención a largo plazo (LTC)?

Generalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si reside en un centro LTC, puede recibir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la farmacia que este use, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* en wellsense.org/sco para averiguar si la farmacia del centro LTC o la farmacia que este usa forman parte de nuestra red. Si no están en la red, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con Servicios para Miembros.

Si usted está en un centro LTC, debemos asegurarnos de que usted pueda recibir rutinariamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias del LTC.

¿Qué pasa si usted es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o está restringido de alguna manera?

Consulte la Sección 5.2 sobre un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un empleador o grupo de retiro colectivo?

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o plan de jubilación grupal (o de su cónyuge), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo.** Ellos pueden ayudarle a determinar cómo funcionará su actual cobertura de medicamentos recetados con nuestro plan.

Por lo general, su tiene una cobertura de empleador o de jubilación grupal, la cobertura de medicamentos que recibe de nosotros será *secundaria* a su cobertura de grupo. Esto significa que la cobertura colectiva debe pagar primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año su empleador o grupo de retiro debe enviarle un aviso que le informará si su cobertura de medicamentos con receta médica para el año siguiente es acreditable.

Si la cobertura del plan colectivo es acreditable, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, como mínimo la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.

Conserve este aviso sobre la cobertura acreditable, porque podría necesitarlo más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, posiblemente necesite este aviso para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia a través del administrador de beneficios del plan del empleador o grupo de retiro, o del empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

El centro de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita determinados medicamentos (por ejemplo, contra las náuseas, laxantes, medicamentos para el dolor o ansiolíticos) que no están cubiertos por su centro de cuidados paliativos por no estar relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación de la persona que receta o de su proveedor del centro de cuidados paliativos que indique que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pida a su proveedor del centro de cuidados paliativos o profesional que le receta que proporcione una notificación antes de surtir sus recetas.

En el caso de que usted renuncie a su elección de cuidados paliativos o sea dado de alta de su plan de cuidados paliativos, nuestro plan deberá cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para prevenir cualquier retraso en una farmacia cuando su beneficio del centro de cuidados paliativos de Medicare termine, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o el alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de forma segura

Realizamos revisiones sobre el uso de medicamentos para nuestros miembros, a fin de ayudar a garantizar que reciban la atención adecuada y segura.

Realizamos una evaluación cada vez que usted surte una receta médica. También evaluamos regularmente nuestros registros. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como:

- Posibles errores con medicamentos
- Medicamentos que es posible que no sean necesarios debido a que toma otro medicamento similar para tratar la misma afección

- Medicamentos que pueden no ser seguros ni adecuados para su edad o sexo
- Algunas combinaciones de medicamentos que podrían dañarlo si se toman al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de medicamento que toma
- Cantidades de medicamentos analgésicos opioides que no son seguras

Si vemos un posible problema en su uso de medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregirlo.

Sección 10.2 Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen, de manera segura, los medicamentos opioides recetados y otros medicamentos de los cuales con frecuencia se abusa. Este programa se llama Programa de manejo de medicamentos (DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias, o si tuvo recientemente una sobredosis de opioides, es posible que hablemos con sus prescriptores para asegurarnos de que el uso de los medicamentos opioides sea adecuado y médicamente necesario. Al trabajar con sus prescriptores, si decidimos que su uso de medicamentos recetados opioides o con benzodiazepina no es seguro, es posible que limitemos la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que obtenga todas las recetas para sus medicamentos opioides o con benzodiazepina de determinadas farmacias.
- Exigirle que obtenga todas las recetas para sus medicamentos opioides o con benzodiazepina de determinados prescriptores.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o con benzodiazepina que le cubriremos.

Si planeamos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le dirá si limitamos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le pedirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un prescriptor o farmacia específica. Tendrá la oportunidad de decirnos qué prescriptores o farmacias prefiere utilizar, y cualquier

otra información que usted crea que es importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si considera que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y quien prescribe la receta tienen derecho a apelar. Si decide apelar, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 8 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se lo incluirá en el DMP si tiene determinadas afecciones médicas, como dolor relacionado con un cáncer o anemia de células falciformes, está recibiendo atención en un centro de cuidados paliativos, cuidados paliativos o atención para el final de la vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Manejo de terapia de medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades complejas de salud. Nuestro programa se llama Programa de manejo de terapia de medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para ayudar a asegurar que nuestros miembros reciban el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que padecen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan una cantidad específica de costos de medicamentos o están en un programa DMP para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de forma segura tal vez puedan obtener los servicios a través de un programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional médico le darán una explicación completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar acerca de sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga acerca de su receta médica y medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma, y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre el desecho seguro de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Traiga el resumen con usted a su visita o en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve consigo su lista de medicamentos actualizada (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencia.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, lo inscribiremos, automáticamente al programa y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, póngase en contacto con el Servicios para Miembros.

CAPÍTULO 6: Cómo solicitar que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en que debe solicitar que paguemos por los servicios o medicamentos cubiertos

Nuestra red de proveedores le factura al plan de directamente por sus servicios y medicamentos cubiertos; usted no debe recibir facturas por los servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por atención médica o medicamentos que ha recibido, usted debe enviarnos esta factura para que nosotros podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la analizamos y decidimos si los servicios y medicamentos deberían estar cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

Si usted ya pagó un servicio o artículo de Medicare que está cubierto por el plan, puede solicitar al plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero con frecuencia se llama **reembolsar**). Tiene derecho a que el plan le reembolse el dinero cuando haya pagado servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que debe cumplir para que le paguen. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios o medicamentos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos el costo de los servicios o medicamentos.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o posiblemente por más que su parte del costo compartido, como se discutió en este documento. Envíenos la factura en lugar de pagarla. La analizaremos y decidiremos si los servicios deberían ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, le notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Tenga en cuenta que hay un costo de $0 para miembros de Senior Care Options (SCO). Si se contrata a este proveedor, usted todavía tiene derecho a tratamiento.

A continuación, encontrará algunos ejemplos de situaciones en las que puede solicitar a nuestro plan un reembolso o el pago de una factura que haya recibido:

1. **Cuando haya recibido atención médica de urgencia o emergencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan**

   Usted puede recibir servicios de emergencia o servicios necesarios de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de si el proveedor forma parte de nuestra red o no. En estos casos, pida al proveedor que le facture al plan.

- Si paga usted mismo todo el monto en el momento en que recibe la atención, solicítenos el reembolso. Envíenos la factura, junto con los documentos de cualquier pago que haya realizado.
- Podría recibir una factura del proveedor en la que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esa factura, junto con los documentos de cualquier pago que haya realizado.
    - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos a él directamente.
    - Si ya pagó el servicio o el medicamento, le haremos un reembolso.

2. Cuando un proveedor de la red le envíe una factura que usted considera que no debe pagar.

Los proveedores de la red deben facturarle directamente al plan. Sin embargo, a veces cometen errores y le piden que pague por sus servicios.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red de servicios, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red de servicios, envíenos la factura junto con los documentos de cualquier pago que haya realizado. Usted debe solicitar que le reembolsemos sus servicios cubiertos.

3. Si usted es inscrito en nuestro plan de forma retroactiva

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción puede incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió en nuestro plan de manera retroactiva y realizó pagos de desembolso directo por cualquiera de sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitar que le reembolsemos el pago. Tendrá que presentarnos la documentación, como recibos y facturas, para que tramitemos el reembolso.

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para adquirir un medicamento recetado

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos directamente el reclamo. Cuando suceda eso, tendrá que pagar el costo total de su receta médica.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para conocer en detalle estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que usted pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia de la red.

5. Cuando paga el costo completo de un medicamento recetado porque no tiene con usted su tarjeta de identificación del plan

Si no lleva su tarjeta de identificación del plan, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o consulte su información de inscripción al plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, puede ser necesario que usted mismo pague el costo total de la receta médica. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo es más alto que nuestro precio negociado para la receta.

6. Cuando usted paga el costo completo por una receta médica en otras situaciones.

Posiblemente usted tenga que pagar el costo completo de la receta médica porque se dio cuenta de que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, puede ser que el medicamento no se encuentre en la Lista de medicamentos del plan; o podría tener un requisito o restricción acerca del que usted no sabía o piensa que no debe aplicar a usted. Si decide obtener inmediatamente el medicamento, quizá deba pagar el costo completo de este.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. En algunas situaciones, podríamos necesitar obtener más información de su médico para que le reembolsemos nuestra parte del medicamento. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo es más alto que nuestro precio negociado para la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre si el servicio o medicamento debería estar cubierto. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que deberían estar cubiertos, pagaremos los servicios o medicamentos. Si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 8 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitar que le reembolsemos o que paguemos una factura que usted haya recibido

Puede solicitarnos que le paguemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Le sugerimos que haga una copia de la factura y de los recibos para sus registros. **Usted debe enviar su reclamo dentro de un plazo de 1 año** de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Para asegurarse de que nos proporcione toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamos al hacer su solicitud de pago.

- No necesita usar el formulario, pero al hacerlo nos ayuda a procesar más rápido la información.
- Puede descargar una copia del formulario en nuestro sitio web (wellsense.org/sco) o llamar a Servicio para Miembros y solicitar el formulario.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pago a esta dirección:

Para servicios médicos:
WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP)
Attn: Member Service
100 City Square, Suite 200
Charlestown, MA 02129
FAX: 617-897-0884

Para recetas:
Express Scripts
Attn: Medicare Part D
P.O. Box 14718
Lexington, Kentucky 40512-4718
Fax: 608-741-5483

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y responderemos afirmativa o negativamente

Sección 3.1 Evaluamos si debemos cubrir el servicio o medicamento

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos información adicional sobre usted. De lo contrario, consideraremos la solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas, pagaremos el servicio o medicamento. Si usted ya pagó el servicio o medicamento, nosotros le enviaremos su reembolso por correo postal. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si todavía no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o los medicamentos *no* están cubiertos o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos la atención ni el medicamento. Le enviaremos una carta explicando los motivos por los que no enviamos el pago y sus derechos a apelar esta decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos la atención médica ni el medicamento, puede presentar una apelación

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con respecto al monto que le pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo hacer esta apelación, vaya al Capítulo 8 de este documento.

CAPÍTULO 7:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos y sensibilidad cultural como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de manera que la entienda y que sea consistente con su sensibilidad cultural (en idiomas distintos al inglés, en Braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Se requiere que su plan garantice que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, deficiencia auditiva o aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traductor, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

Nuestro plan tiene servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos entregarle información en Braille, en letras grandes u otros formatos alternativos sin costo si usted lo necesita. Debemos entregarle información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información del plan de una forma adecuada para usted, llame a Servicio para Miembros.

Nuestro plan debe dar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para las mujeres.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio a costos compartidos dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar un reclamo al Departamento de quejas y apelaciones. También puede presentar una queja con Medicare llamando al

800-MEDICARE (800-633-4227) o de forma directa con la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos garantizar que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos

Usted tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan que le brinde y organice sus servicios cubiertos.

No exigimos que usted obtenga una derivación para acudir a los proveedores de la red.

Tiene derecho a concertar citas y recibir los servicios cubiertos de los proveedores de la red del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesita ese tipo de atención. También tiene derecho a adquirir o reponer sus medicamentos recetados en cualquier farmacia de nuestra red sin demoras prolongadas.

Si considera que está recibiendo atención médica o los medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, el Capítulo 8 de este manual le informa lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y la información médica personal. Protegemos su información de salud personal, según lo exigen esas leyes.

- Su **información de salud personal** incluye la información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como sus expedientes médicos y demás información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con la obtención de la información y control sobre cómo se utiliza su información médica. Le entregamos un aviso por escrito, llamado *Aviso de Prácticas de Privacidad*, que habla de estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada revise ni altere sus registros.

- Excepto para las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información de salud a cualquier persona que no esté brindando su atención o pagando por su atención, *estamos obligados a obtener permiso por escrito de usted o de alguien a quien haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted primero.*
- Hay determinadas excepciones en las que no necesitamos obtener primero su permiso escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
    - Debemos divulgar información de salud a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
    - Dado que usted es un miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos brindarle a Medicare la información de su salud, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, dicha divulgación se realizará conforme a las leyes y reglamentaciones federales; por lo general, estas exigen que la información que lo identifica individualmente no se comparta.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otras personas

Tiene derecho a ver sus expedientes médicos en poder del plan y a obtener una copia de sus registros. Tenemos autorización para cobrarle una tarifa por hacer las copias. También tiene derecho a solicitar que agreguemos información o corrijamos sus expedientes médicos. Si así nos lo solicita, trabajaremos con su proveedor de atención médica y decidiremos si se deben hacer cambios.

Usted tiene derecho a conocer cómo se divulgó su información médica a otras personas por cualquier motivo que no fuera de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicio para Miembros.

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP), usted tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

Si desea alguno de los tipos de información siguientes, llame a Servicio para Miembros:

- **Información acerca de nuestro plan**. Incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero del plan.
- **Información sobre los proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a recibir información de nosotros acerca de las calificaciones de los proveedores de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y normas que debe cumplir cuando usa su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 8 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 8 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

Tiene el derecho a conocer sus opciones de tratamiento y de participar en las decisiones acerca de su atención médica

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y las opciones de tratamiento *de una manera que usted entienda*.

Usted también tiene derecho a la participación plena en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con su médico acerca de qué tratamiento es el mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente del costo o de si están cubiertas por nuestro plan. También incluye ser notificado sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le indiquen los riesgos relacionados con su atención. Se le debe informar con anticipación si la atención

o el tratamiento médicos propuestos son parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

- **El derecho a decir que "no"**. Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le recomienda no salir. Usted también tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, asume toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado de esta decisión.
- **Estar libre de restricciones o reclusión**. Usted tiene derecho a que no se usen restricciones (que se lo ponga bajo control) o reclusión (estar aislado) para forzarlo, castigarlo o tomar represalias en su contra para la conveniencia de otra persona.

Tiene derecho a dar indicaciones de lo que debe hacerse en caso de que usted no pueda tomar decisiones médicas por sí mismo.

A veces, las personas pierden la capacidad de tomar decisiones relacionadas con la atención médica por sí mismas, debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir qué desea que suceda si se llegara encontrar en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgar a **una persona la autoridad legal de tomar decisiones médicas en su nombre** si alguna vez no puede tomarlas usted mismo.
- **Proporcionar instrucciones por escrito a sus médicos** sobre cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no pueda tomar las decisiones usted mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para proporcionar sus instrucciones por anticipado en estas situaciones se denominan **instrucciones anticipadas**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y distintas formas de nombrarlas. Documentos denominados **testamento en vida** y **poder legal para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea usar una instrucción anticipada para dar instrucciones, a continuación, se describe lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucción anticipada de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros de oficina. En ocasiones, las organizaciones que brindan información sobre Medicare pueden suministrarle los formularios de instrucción anticipada. También puede comunicarse con Servicio para Miembros para solicitar los formularios.
- **Llénelo y fírmelo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que constituye un documento legal. Considere pedir a un abogado que le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas pertinentes.** Debe entregar una copia del formulario al médico y a la persona que designe en el formulario para que tome las decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Le conviene entregar copias a amigos cercanos o a familiares. Conserve una copia en el hogar.

Si sabe con anticipación que será hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia al hospital**.

- En el hospital le preguntarán si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo tiene a la mano.
- Si no ha firmado un formulario de instrucción anticipada, el hospital tiene a disposición formularios, y se le preguntará si quiere firmar uno.

Recuerde que es usted quien decide si quiere llenar una instrucción anticipada (incluso si quiere firmar una mientras está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención o discriminarlo en función de que haya firmado una instrucción anticipada.

¿Qué sucede si no se cumplen sus instrucciones?

Si usted ha firmado una instrucción anticipada y considera que un médico u hospital no siguió las instrucciones establecidas en ella, puede llamar al 1-800-462-5540 para presentar un reclamo ante la Unidad de quejas de la División de Calidad de la Atención Médica del Departamento de Salud Pública de Massachusetts. Para presentar una queja contra un médico, llame a Commonwealth of Massachusetts Board of Registration in Medicine al 1-781-876-8200 o al teléfono gratuito 1-800-377-0550.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar reclamos y a pedir que reconsideremos las decisiones que tomamos

Si tiene algún problema, inquietud o queja, y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 8 de este documento le dice lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga (sea solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación o presentar una queja), **debemos tratarlo de manera justa**.

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que sus derechos no son respetados?

Cuando se trate de un caso de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles.

Si considera que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados por motivos de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad, orientación sexual o país de origen, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos** al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a su Oficina de derechos civiles local.

¿Es por algún otro motivo?

Si considera que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, *y no* se trata de un caso de discriminación, puede obtener ayuda para manejar el problema que tiene:

- Puede llamar a **Servicio para Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener información adicional sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede llamar a **Servicio para Miembros**.

- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Derechos y protecciones de Medicare*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
  - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se describe lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio para Miembros.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos**. Utilice esta *Evidencia de cobertura para conocer qué está cubierto y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.*
  - Los Capítulos 3 y 4 dan los detalles sobre sus servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 brindan información detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos al respecto.** El Capítulo 1 le informa acerca de la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando reciba atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a que lo asistan dándoles información, haciéndoles preguntas y continuando con su atención.**
  - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que acuerden usted y sus médicos.

  - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio del médico, de los hospitales y de otras oficinas.
- **Pague lo que deba**. Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe continuar pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro del plan.
  - Si debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a su ingreso más alto (según se informó en su última declaración de impuestos), debe seguir pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de cobertura, de todos modos debemos conocer** esta información para que podamos mantener actualizado su registro de asegurado y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede permanecer como miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante informarle al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios).

CAPÍTULO 8
: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para el manejo de problemas e inquietudes. El proceso que utilice para manejar su problema depende del tipo de problema que tenga:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso de presentación de quejas;** también denominadas reclamos.

Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

La Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado que deberá usar y qué debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos resultan poco familiares para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se habla de realizar una queja en lugar de presentar un reclamo, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización integrada o determinación de cobertura o determinación de estar en riesgo y organización de revisión independiente en lugar de Entidad Revisora Independiente.
- También se utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser de ayuda, y a veces muy importante, que usted conozca los términos legales correctos. Conocer qué términos utilizar le ayudará a comunicarse de manera más precisa y a obtener la ayuda o información correctas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos debe utilizar incluimos términos legales cuando damos los detalles para tratar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro trato hacia usted, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con Servicio al Cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones le recomendamos obtener ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación, se presentan dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa de gobierno con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debería usar para manejar un problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, brindarle más información y ofrecer orientación sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y URL del sitio web en el Capítulo 2, Sección 3 de este manual.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información de MassHealth (Medicaid)

Para obtener ayuda, también puede ponerse en contacto con:

- MassHealth (Medicaid) al 800-841-2900 o mass.gov/masshealth
- El Programa SHINE al 800-AGE-INFO o massoptions.org/massoptions o

SECCIÓN 3 Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y MassHealth (Medicaid) en nuestro plan

Usted tiene Medicare y recibe asistencia de MassHealth (Medicaid). La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid). Esto a veces se llama un proceso integrado porque combina, o integra, los procesos de Medicare y MassHealth (Medicaid).

A veces, los procesos de Medicare y MassHealth (Medicaid) no se combinan. En esas situaciones, usted utiliza un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de MassHealth (Medicaid) para un beneficio cubierto por MassHealth (Medicaid). Estas situaciones se explican en **Sección 6.4** de este capítulo, *Paso a paso: Cómo se hace una Apelación de Nivel 2.*

PROBLEMAS ACERCA DE SUS BENEFICIOS

SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones

Si tiene un problema o una inquietud, simplemente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente información lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas acerca de los **beneficios cubiertos por Medicare o MassHealth (Medicaid)**.

¿Su problema o inquietud se relacionan con sus beneficios o con su cobertura?

Esto incluye problemas acerca de si la atención médica (artículos o servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte B) están o no cubiertos, la manera en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago por la atención médica).

Sí.

Vaya a la próxima sección de este capítulo, **la Sección 5: "Una guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones".**

No.

Avance a la **Sección 11** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes".**

SECCIÓN 5 Una guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 5.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama completo

Las decisiones de cobertura y apelaciones se encargan de los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos y servicios médicos y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelaciones como si algo está cubierto o no y la manera en la que se cubre.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de su plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la *Evidencia de cobertura* deja en claro que el servicio remitido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Su médico o usted también pueden comunicarse con nosotros y solicitarnos una decisión de cobertura si el médico no está seguro de si cubriremos determinado servicio médico o si se niega a proporcionar la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si usted desea saber si cubriremos la atención médica antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta: si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos

una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión del despido.

Tomamos decisiones de cobertura cuando decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos podemos decidir que la atención médica no está cubierta o que Medicare ya no lo cubre. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, usted puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y no está satisfecho puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Bajo determinadas circunstancias, que se discuten más adelante, usted puede solicitar una **apelación rápida** o expeditiva de una decisión de cobertura. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión original, son los encargados de manejar su apelación.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, esto se llama una Apelación del Nivel 1. Cuando presenta una apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si lo hemos actuado conforme a todas las normas. Cuando hayamos completado la revisión, le informaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una Apelación de Nivel 1 será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta: si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de Apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2.

- Las apelaciones de la Parte D se discuten más a fondo en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, puede recurrir a muchos otros niveles de apelación. (La Sección 10 en este capítulo explica los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

Estos son algunos recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicios al Miembro.**
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico.
- **Su médico u otro proveedor de atención médica pueden realizar la solicitud en su nombre.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.)
    - Para recibir atención médica, su médico u otro proveedor de atención médica pueden solicitar en su nombre una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1.Si su apelación es denegada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
    - Si su médico u otro proveedor de salud le pide que un servicio o artículo que ya está recibiendo continúe durante su apelación, **es posible que deba** designar a su médico u otra persona que recete como su representante para actuar en su nombre.
    - Para medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otra persona autorizada para recetar puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su Apelación de Nivel 1 es denegada, su médico o profesional que receta puede solicitar una Apelación de Nivel 2.

- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en wellsense.org/sco. El formulario le da a esa persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desearía que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
    - Aunque podemos recibir una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su solicitud de apelación, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explique su derecho a solicitar que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de descartar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisiones. También existen grupos que le proporcionarán asistencia legal sin costo, si califica para recibirla. No obstante, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.3 ¿En qué parte de este capítulo se brindan detalles para su situación?

Existen cuatro tipos de situaciones que se relacionan con decisiones de cobertura y apelaciones. Debido a que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, le proporcionamos los detalles de cada una en secciones separadas:

- **Sección 6** de este capítulo, Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo, Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

- **Sección 8** de este capítulo, Cómo solicitar la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada si considera que el médico le está dando de alta antes de tiempo
- **Sección 9** de este capítulo: Cómo solicitarnos seguir cubriendo ciertos servicios médicos si usted cree que su cobertura finaliza demasiado pronto (*aplica únicamente a estos servicios*: servicios de cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios [CORF])

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios para Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP.

SECCIÓN 6 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1 En esta sección se indica qué hacer si tiene problemas para obtener la cobertura de un servicio médico o si desea que le reembolsemos el costo de su atención médica

En esta sección, se abordan sus beneficios para atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto*). En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de medicamentos recetados de la Parte B. En esos casos, explicaremos de qué manera las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B son diferentes a las reglas para los servicios y artículos médicos.

Esta sección le indica lo que usted puede hacer si se encuentra ante cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. Usted no obtiene cierta atención médica que desea y cree que nuestro plan cubre esta atención. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea proporcionarle y usted considera que esa atención está cubierta por el plan. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**

3. Usted ha recibido atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero nosotros hemos dicho que no pagaremos dicha atención. **Cómo presentar una apelación. Sección 6.3.**
4. Usted recibió y pagó la atención médica que considera que debería cubrir nuestro plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso de esa atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le notifica que la cobertura de determinada atención médica que ha estado recibiendo (y que aprobamos con anterioridad) se reducirá o interrumpirá, y considera que la reducción o interrupción podría perjudicar su salud. **Cómo presentar una apelación. Sección 6.3.**

   Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para atención hospitalaria, atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF), usted debe leer las Secciones 8 y 9 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura implica su atención médica, se le llama **determinación de la organización.** Una decisión de cobertura rápida es una **decisión acelerada.**

<u>Paso 1:</u> Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma dentro de los 14 días calendario o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de las 72 horas, para los servicios médicos, o 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- *Solo puede* solicitar cobertura de artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos y/o servicios ya recibidos).

- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si utilizar los plazos estándares podría *ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico nos indica que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente acordaremos proporcionársela.**
- **Si nos solicita una decisión de cobertura rápida usted mismo, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su estado de salud exige que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
  - Informará que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente la emitiremos.
  - Indicará cómo presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para hacer su solicitud para que nosotros autoricemos o proporcionemos la cobertura para la atención médica que desea. Puede hacerlo usted, su médico o su representante. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar, utilizamos los plazos estándar. **Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si lo solicita para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le responderemos en el **plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, le avisaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

- Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida, utilizamos un marco de tiempo acelerado

Una decisión de cobertura rápida significa que le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un servicio o artículo médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo,** si usted solicita más tiempo, o si necesitamos información adicional que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, le avisaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Nos pondremos en contacto con usted tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para la atención médica, puede apelar.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión, mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a hacer la solicitud para obtener la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura de atención médica se llama una **reconsideración** del plan. La apelación rápida también recibe el nombre de **reconsideración acelerada.**

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se hace dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se hace dentro de las 72 horas.

- Si presenta una apelación de una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no recibió, usted o el médico deberán decidir si usted necesita una apelación rápida. Si el médico nos informa que su estado de salud requiere una apelación rápida, le brindaremos a usted una apelación de ese tipo.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que aquellos para obtener una decisión de cobertura rápida y que figuran en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si está solicitando una apelación rápida, haga su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el término de 65 días calendario** desde la fecha de la notificación escrita que enviamos para informarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si no cumple este plazo y tiene un motivo válido que lo justifique, explique el motivo por el que presenta tarde la apelación cuando la presente. Podemos darle más tiempo para hacer su apelación. Algunos ejemplos de buenos motivos pueden incluir haber tenido una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros o si le brindamos la información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Usted puede pedir una copia gratis de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

Si le dijimos que íbamos a detener o reducir los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o detener la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la acción propuesta.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una Apelación de Nivel 1. Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario de la fecha del matasellos en nuestra carta o en la fecha de vigencia prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
- Si cumple con esta fecha límite, puede seguir recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras su Apelación de Nivel 1 esté pendiente. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información. Comprobamos que hayamos cumplido con todas las reglas al momento de denegar la solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente contactándonos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de que hayamos recibido su apelación**. Le informaremos antes nuestra respuesta si su estado de salud así lo requiere.
    - **Sin embargo, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle,** podemos tomarnos hasta 14 días calendario más **si su solicitud es para un artículo o servicio médico**. Si nos tomamos días adicionales, le avisaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

  - Si no le respondemos en un plazo de 72 horas, (o al final del período de tiempo extendido si tomamos adicionales días), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de Apelación de Nivel 2.

- **Si aprobamos todo o parte de lo que usted solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que habíamos acordado otorgar, en un plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó,** enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente derivaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos responderle **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le responderemos antes si su estado de salud así lo exige.
  - **Sin embargo**, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, le avisaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si cree que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando usted presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección 11** de este capítulo).
  - Si no le damos una respuesta antes del plazo (o al final del período de tiempo extendido), enviaremos su solicitud de Apelación de Nivel 2 a una organización de revisión independiente, que revisará la apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de Apelación de Nivel 2.

- **Si aprobamos todo o parte de lo que usted solicitó,** debemos autorizar la cobertura que habíamos acordado otorgar dentro de los **30 días calendario**, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación, usted tiene derechos de apelación adicionales.**
- Si rechazamos parte o la totalidad de lo que pidió, le enviaremos una carta.
  - Si su problema es acerca de la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le dirá que enviamos su caso a la organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2.
  - Si su problema es acerca de la cobertura de un servicio o artículo de MassHealth (Medicaid), la carta le indicará cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una Apelación de Nivel 2

Término legal
El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente.** Algunas veces se denomina la **IRE.**

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No tiene relación con nuestro plan ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

- Si su problema es acerca de un servicio o artículo que generalmente **está cubierto por Medicare**, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la Apelación de Nivel 1.
- Si su problema es acerca de un servicio o artículo que generalmente está **cubierto por MassHealth (Medicaid)** , puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. La carta le dirá cómo hacer esto. La información también está a continuación.
- Si su problema es acerca de un servicio o artículo que podría ser **cubierto por Medicare y MassHealth (Medicaid)**, obtendrá automáticamente una Apelación de Nivel 2 con la organización de revisión independiente. También puede solicitar una Audiencia Justa con el estado.

Si usted calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento bajo apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Vaya a la página 147 para obtener información sobre cómo continuar sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema es acerca de un servicio que generalmente está cubierto por Medicare solamente, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la organización de revisión independiente.
- Si su problema es acerca de un servicio que generalmente está cubierto por MassHealth (Medicaid), sus beneficios para ese servicio continuarán si usted presenta una Apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario después de recibir la carta de decisión del plan.

Si su problema es acerca de un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre:

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos la información acerca de su apelación a esta organización. Esta información se denomina su **expediente del caso**. **Tiene derecho a solicitar una copia gratuita del expediente de su caso**.
- Usted tiene derecho a brindar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si se le proporcionó una apelación rápida en el Nivel 1, también se le proporcionará una apelación rápida en el Nivel 2

- Para la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un servicio o artículo médico y si la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si usted presentó una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio, la organización de revisión debe responder a su Apelación de Nivel 2 **en el término de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe responder a su Apelación de Nivel 2 **en el término de 7 días calendario después** de recibir su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un servicio o artículo médico y si la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y explicará las razones que la avalan.

- **Si la organización de revisión acepta parcial o totalmente la solicitud de un servicio o artículo médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en un plazo de 72 horas** o prestar el servicio en los **14 días calendario** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar** o proporcionar el servicio **dentro de 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para **apelaciones aceleradas**.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parcial o totalmente la solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare,** debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar** o **en un plazo de 24 horas** desde la fecha en la que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas.**
- **Si esta organización rechaza su apelación, ya sea de forma parcial o total**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe autorizarse. (Esto se llama **mantener**

la decisión o **rechazar la apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificándole el derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un cierto mínimo. El aviso escrito que reciba de la organización de revisión independiente le informará el valor en dólares que debe cumplir para seguir con el proceso de apelación.
- Diciéndole cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo proceder figuran en el aviso escrito que recibió después de su Apelación de Nivel 2.
  - Un juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje maneja la Apelación de Nivel 3. La **Sección 10** en este capítulo explica el proceso para las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Si su problema es acerca de un servicio o artículo que MassHealth (Medicaid) generalmente cubre:

Paso 1: Puede solicitar una Audiencia Justa con el estado.

- El Nivel 2 del proceso de apelaciones para los servicios que generalmente están cubiertos por MassHealth (Medicaid) es una Audiencia Justa con el estado. Debe solicitar una Audiencia Justa por escrito o por teléfono **dentro** de 120 **días calendario** de la fecha en que enviamos la carta de decisión sobre Apelación de Nivel 1. La carta que reciba de nosotros le indicará dónde enviar su solicitud de audiencia.

Paso 2: La oficina de Audiencia Justa le da su respuesta.

La oficina de Audiencia Justa le informará su decisión por escrito y explicará las razones que la avalan.

- **Si la oficina de Audiencia Justa dice sí a parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo dentro de las 72 horas después de recibir la decisión de la oficina de Audiencia Justa.

- **Si la oficina de Audiencia Justa rechaza su apelación, ya sea de forma parcial o total**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe autorizarse. (Esto se llama **mantener la decisión** o **rechazar su apelación**.)

Si la decisión es negativa para todo o parte de lo que pedí, ¿puedo presentar otra apelación?

Si la decisión de la organización de revisión independiente o la Oficina de Audiencia Justa rechaza todo o parte de lo que pidió, usted tiene **derechos adicionales de apelación**.

La carta que reciba de la oficina de Audiencia Justa describirá esta próxima opción de apelación.

Consulte la **Sección 10** de este capítulo para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos una factura que recibió por la atención médica?

No podemos reembolsarle directamente por un servicio o artículo de MassHealth (Medicaid) . Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos de Medicaid, envíenos la factura. **No debe pagar la factura usted mismo.** Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema. Pero si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si siguió las reglas para obtener el servicio o artículo.

Si usted ya pagó un servicio o artículo que están cubiertos por el plan, puede solicitar al plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero con frecuencia se llama reembolsar). Tiene derecho a que el plan le reembolse el dinero cuando haya pagado servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios o medicamentos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos el costo de los servicios o medicamentos.

Si desea que le reembolsemos por un servicio o artículo de **Medicare** o nos está pidiendo que paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio de MassHealth (Medicaid) o un artículo por el que pagó, nos pedirá que tomemos esta

decisión de cobertura. Verificaremos para saber si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si siguió todas las reglas para usar la cobertura para atención médica.

- **Si aprobamos su solicitud:** Si la atención médica que pagó está cubierta y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago por el costo que recibió dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha en la que recibimos la solicitud.
- **Si rechazamos su solicitud**: Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* cumplió todas las reglas, no enviaremos el pago. En lugar de eso, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos la atención médica y le explicaremos las razones en detalle.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el procedimiento de apelaciones que se describe en la Sección 6.3. Para apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta:

- Debemos responderle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación. Si solicita que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, tenemos que enviar el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelación después del nivel 2, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 Esta sección le informa qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para tener cobertura, el medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata únicamente de sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, en el resto de esta sección generalmente diremos *medicamento*, en vez de repetir *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D* cada vez. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga su aprobación antes de que lo cubramos.
- Si su farmacia le informa que no puede adquirir el medicamento recetado por cómo está escrita su receta, la farmacia le dará un aviso escrito que le explique cómo comunicarse con nosotros por una decisión de cobertura.

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Término legal
La decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de la cobertura.**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, se indica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las situaciones siguientes:

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no forma parte de la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Cómo solicitar una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitar que eliminemos una restricción de cobertura de un medicamento del plan (por ejemplo, límites en la cantidad del medicamento que puede recibir). **Cómo solicitar una excepción. Sección 7.2.**
- Hacer una solicitud para obtener la aprobación previa para un medicamento. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 7.4.**
- Pagar por un medicamento recetado que ya compró. **Pídanos que le reembolsemos. Sección 7.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esa sección brinda información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura y sobre cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Solicitar la cobertura de un medicamento que no forma parte de la Lista de medicamentos en ocasiones se denomina solicitar una **excepción al formulario.** Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura de un medicamento en ocasiones se denomina solicitar una **excepción al formulario.** Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se llama pedir una **excepción de nivel.**

Si un medicamento no está cubierto de la forma en que le gustaría, puede solicitar que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otra persona autorizada para extender recetas deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita la aprobación de la excepción. Aquí hay dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada para recetar nos pueden solicitar que hagamos:

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos.**
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**. El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos.

Sección 7.3 Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos las razones médicas

Su médico u otra persona autorizada para extender recetas deben proporcionarnos una declaración que explique las razones médicas por las que se solicita una excepción. Para acelerar la decisión, cuando solicite la excepción, incluya esta información médica proporcionada por su médico u otra persona autorizada para extender recetas.

Normalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo resulta igual de efectivo que el medicamento que solicita y no causaría más efectos secundarios ni otros problemas médicos, por lo general, **no** aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos aprobar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación, por lo general, es válida hasta que finalice el año del plan. Esto se aplica siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y que dicho medicamento siga siendo seguro y efectivo para el tratamiento de su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión al presentar una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal
Una decisión rápida de cobertura es una **determinación de cobertura acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las decisiones de cobertura estándar se toman **en un plazo de 72 horas** después de recibir la declaración de su médico. **Las decisiones de cobertura rápida** se toman **en un plazo de 24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, solicite que le proporcionemos una decisión de cobertura rápida. **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**

- Debe estar pidiendo un *medicamento que aún no ha recibido*. (Usted no puede pedir una decisión de cobertura rápida para que se le reembolse el pago de un medicamento que ya ha comprado).
- Usar los plazos estándar podría *ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar.*
- **Si su médico u otra persona autorizada para extender recetas nos informa que su salud exige una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otra persona autorizada para extender recetas), nosotros decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
    - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
    - Informará que, si su médico u otro profesional que receta solicitan una decisión de cobertura rápida, automáticamente la emitiremos.
    - Se le indicará cómo presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja dentro de las 24 horas posteriores a la recepción.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para hacer su solicitud para que nosotros autoricemos o proporcionemos la cobertura para la atención médica que desea. También puede obtener acceso al proceso de decisión de la cobertura a través

de nuestro sitio web. *Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,* incluida una solicitud enviada en el Formulario para solicitar una Determinación de Cobertura del Modelo CMS, que está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo denegado se está apelando.

Puede hacerlo usted, su médico (u otra persona autorizada para extender recetas). Además, un abogado puede actuar en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le informa cómo puede otorgar un permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si usted solicita una excepción, proporcione la Declaración de apoyo,** que son los motivos médicos para solicitar la excepción. Su médico u otro profesional capacitado para extender recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo postal. O su médico u otra persona autorizada para extender recetas pueden informarnos al respecto por teléfono y, luego, enviarnos por fax o por correo postal una declaración escrita si es necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 días horas** después de haber recibido su solicitud.
    - Para excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos antes nuestra respuesta si su estado de salud así lo requiere.
    - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el cual una organización de revisión independiente la revisará.
- **Si en nuestra respuesta aceptamos la totalidad o parte de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que hemos aceptado brindar en el término de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo. También se le indicará cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar acerca de un medicamento que aún no ha recibido

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 días horas** después de haber recibido su solicitud.
    - Para excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos antes nuestra respuesta si su estado de salud así lo requiere.
    - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el cual una organización de revisión independiente la revisará.
- **Si en nuestra respuesta aceptamos la totalidad o parte de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura** que hemos aceptado brindar **en el término de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo. También se le indicará cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar acerca del pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos responderle **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su petición.
    - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el cual una organización de revisión independiente la revisará.
- **Si en nuestra respuesta aceptamos la totalidad o parte de lo que solicitó,** también debemos efectuarle el pago en el término de 14 días calendario después de haber recibido su petición.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo. También se le indicará cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión, mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a hacer la solicitud para obtener la cobertura medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Término legal
Una apelación ante el plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se denomina **redeterminación** del plan. La apelación rápida también recibe el nombre de **redeterminación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se hace dentro de los 7 días. Una apelación rápida generalmente se hace dentro de las 72 horas. Si su salud así lo exige, solicite una apelación rápida.

- Si piensa apelar una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona autorizada para recetar deberán decidir si necesitan una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que aquellos para obtener una decisión de cobertura rápida y que figuran en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que recete deben comunicarse con nosotros y hacer su Apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta inmediata, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito, o llámenos**. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al** 855-833-8125 (TTY: 711)). El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluyendo una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de redeterminación del modelo CMS*, que está disponible en nuestro sitio web https://www.wellsense.org/hubfs/Forms/Member_Forms/SCO_Request_for_Redetermination_of_Drug_Denial_Form.pdf?hsLang=en. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información acerca de su reclamo para ayudarlo en el proceso de su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el término de 65 días calendario** desde la fecha de la notificación escrita que enviamos para informarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si no cumple este plazo y tiene un motivo válido que lo justifique, explique el motivo por el que presenta tarde la apelación cuando la presente. Podemos darle más tiempo para hacer su apelación. Algunos ejemplos de buenos motivos pueden incluir haber tenido una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros o si le brindamos la información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Comprobamos que hayamos cumplido con todas las reglas al momento de denegar la solicitud. Podemos comunicarnos con usted o con su médico u otra persona autorizada para extender recetas, a fin de obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de que hayamos recibido su apelación**. Le informaremos antes nuestra respuesta si su estado de salud así lo requiere.
    - Si no le respondemos en el término de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La **Sección 7.6** explica el proceso de Apelaciones de Nivel 2.

- **Si aprobamos todo o parte de lo que usted solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que habíamos acordado otorgar, en un plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.**

Plazos para una apelación estándar por un medicamento que aún no ha recibido

- Para apelaciones estándar, debemos responderle **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y si su afección médica así lo exige.
    - Si no le hacemos llegar nuestra decisión en el término de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La **Sección 7.6** explica el proceso de Apelaciones de Nivel 2.
- Si aprobamos todo o parte de lo que solicitó, **debemos proporcionar la cobertura tan rápido como su salud lo requiera, pero no después de** 7 días calendario **posteriores a la recepción de su apelación.**
- Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.**

Plazos para una apelación estándar acerca del pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos responderle **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su petición.
    - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el cual una organización de revisión independiente la revisará.
- **Si en nuestra respuesta aceptamos la totalidad o parte de lo que solicitó,** también debemos efectuarle el pago en el término de 30 días calendario después de haber recibido su petición.

- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo. También se le indicará cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Término legal
El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente.** Algunas veces se denomina la **IRE.**

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No tiene relación con nuestro plan ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada para recetar) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si no aprobamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **indicaciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Esas instrucciones indicarán quién puede presentar esta Apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **en riesgo** bajo nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Le enviaremos la información acerca de su apelación a esta organización. Esta información se denomina su **expediente del caso**. **Tiene derecho a solicitar una copia del expediente de su caso**.

- Usted tiene derecho a brindar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud así lo exige, solicite una apelación rápida a la organización de revisión independiente .
- Si la organización acepta proporcionarle una apelación rápida, la organización debe responder a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, la organización de revisión debe dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no recibió. Si nos solicita el reintegro del pago de un medicamento que ya ha comprado, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el término de 14 días calendario** después de haber recibido su petición.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta la totalidad o parte de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

- ***Para apelaciones estándar:***
  - **Si la organización de revisión independiente acepta la totalidad o parte de su solicitud de cobertura, debemos** brindar la cobertura del medicamento **que aprobó la organización de revisión** en un plazo de 72 horas **después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.**
  - **Si la organización de revisión independiente aprueba la totalidad o parte de solicitud de reintegro del pago de un medicamento que ya compró,**

debemos enviarle un pago en el término de 30 días **calendario después** de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, ya sea de forma parcial o total, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama **mantener la decisión** o **rechazar la apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificándole el derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos cumple con un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión de Nivel 2 es definitiva.
- Informándole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted elige si desea avanzar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total, son cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una Apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto figuran en el aviso escrito que recibió después de la decisión de su Apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje maneja la Apelación de Nivel 3. La **Sección 10** de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitar la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada si considera que se le está dando de alta antes de tiempo

Cuando usted es ingresado en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios de hospital cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía en el hospital, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día de su alta. Lo ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de retirarse.

- El día que sale del hospital se denomina su **fecha de alta**.
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si usted considera que se le solicita que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía más larga y su solicitud se someterá a consideración.

Sección 8.1 Durante su estadía en el hospital como paciente hospitalizado, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos

En un plazo de dos días a partir de ser ingresado en el hospital, recibirá un aviso escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso.

Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera), pregúntele a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

1. **Lea atentamente este aviso y si no lo entiende, pregunte.** Le informa:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo que indique su médico. Eso incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quien pagará por ellos y dónde los puede obtener.
   - Su derecho a participar de toda decisión acerca de su estadía en el hospital.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión del alta si considera que se le está dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar un retraso en su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.

2. **Se le pedirá que firme la notificación escrita para demostrar que la recibió y que entiende cuáles son sus derechos.**
   - Usted o alguna persona que actúe en su nombre debe firmar la notificación.
   - Firmar la notificación *únicamente* demuestra que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no da su fecha de alta. Firmar la notificación **no significa** que acepta la fecha de alta.
3. **Conserve su copia** de la notificación para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o expresar una inquietud acerca de la calidad de la atención) a mano en caso de necesitarla.
   - Si firma la notificación más de dos días calendario antes de su fecha del alta, usted recibirá otra copia antes de que se programe su alta.
   - Para ver una copia de esta notificación por anticipado, puede llamar a Servicios para Miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verla en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices .

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que sus servicios de hospital para pacientes hospitalizados estén cubiertos durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelación para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, asegúrese de entender qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el procedimiento.**
- **Cumpla los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP), una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante la Apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad evalúa su apelación. Esta trata de determinar si la fecha planificada para su alta es médicamente adecuada para usted.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por gobierno federal para revisar y mejorar la atención de las personas con Medicare. Eso incluye la revisión de las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar con celeridad.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación escrita que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con celeridad:

- Para hacer su apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de salir del hospital y **no después de la medianoche del día de su alta**.
    - **Si cumple con este plazo,** podría quedarse en el hospital *después* de la fecha de su alta **sin tener que pagar su estadía** mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.
    - **Si *no* cumple con este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha de su alta programada, *tal vez deba pagar todos los costos* relacionados con la atención médica que reciba luego de su fecha de alta programada.

Una vez que solicita una revisión inmediata de su fecha de alta del hospital, la Organización para la Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después de que nos contacten le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso proporciona su fecha de alta planificada y explica los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que sea dado de alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver una

notificación de muestra en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores para abreviar) le preguntarán (a usted o a su representante) por qué considera que la cobertura de los servicios debe continuar. No necesita preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que le hemos dado tanto el hospital como nosotros.
- Al mediodía del día después de que los revisores nos informaron de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que indica la fecha de alta planificada. Este aviso también explica los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: En un día completo luego de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará la respuesta de su apelación.

¿Qué sucede en caso de que la respuesta sea afirmativa?

- Si la organización de revisión responde de manera **afirmativa, deberemos continuar proporcionándole los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o los copagos, si corresponden). Además, pueden existir limitaciones en los servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede en caso de que la respuesta sea negativa?

- Si la organización de revisión responde de manera negativa, significa que considera que la fecha de su alta programada es médicamente apropiada. Si ocurre eso, **nuestra cobertura de sus servicios para pacientes hospitalizados terminará** a mediodía del día **posterior** en el que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé la respuesta de su apelación.
- Si la organización evaluadora rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, es posible que deba pagar **los costos totales de la atención**

hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior en que la Organización para la Mejora de la Calidad haya respondido a su apelación.

Paso 4: Si se rechaza su Apelación de Nivel 1, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación *y* usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que entrará al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Mediante una Apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise la decisión para la primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, usted podrá tener que pagar el costo total de su estadía posterior a la fecha de alta planificada.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta evaluación en un **plazo de 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad haya rechazado su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión secundaria de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad revisarán detenidamente toda la información relacionada con la apelación.

Paso 3: Dentro de los siguientes 14 días calendario de la recepción de su solicitud de Apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión responde de manera afirmativa:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día posterior a la fecha que la Organización

para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando la cobertura de su atención hospitalaria como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario**.

- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar límites de cobertura.

Si la organización de revisión responde de manera negativa:

- Significa que está de acuerdo con la decisión que se tomó con respecto a su Apelación de Nivel 1.
- La notificación que recibirá le informará por escrito qué puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea avanzar con su apelación al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total, son cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una Apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto figuran en el aviso escrito que recibió después de la decisión de su Apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje maneja la Apelación de Nivel 3. En la Sección 10 **de este capítulo, se ofrece información adicional sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.**

SECCIÓN 9 Cómo solicitar que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura finaliza antes de tiempo

Sección 9.1 Esta sección se trata solamente de tres servicios: servicios de cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)

Cuando usted recibe **servicios de atención médica en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a continuar recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento para dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, debemos informarle con anticipación. Cuando su cobertura de esos servicios finalice, **dejaremos de pagar** *su atención médica.*

Si piensa que finalizando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo presentar una apelación.

Sección 9.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

Término legal
Aviso de no cobertura de Medicare. Le informa cómo puede solicitar una apelación por **la vía rápida.** Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio de nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo dejar de brindarle atención.

1. **Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan vaya a dejar de cubrir su atención. El aviso le informa:
   - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación por la vía rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
2. **Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme la notificación escrita para demostrar que la recibió.** Firmar la notificación *solo* significa que recibió la información acerca del cese de la cobertura. **Firmarla no significa que está de acuerdo** con el plan del plan de finalizar la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitar que cubramos su atención por un período de tiempo más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, asegúrese de entender qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el procedimiento.**
- **Cumpla los plazos.**

- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP), una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante la Apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad evalúa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por gobierno federal para revisar y mejorar la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su Apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite una *apelación por la vía rápida*. Debe actuar con celeridad.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación escrita que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare) le indica* cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con celeridad:

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha** de vigencia en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, es posible que aún tenga derechos de apelación Contacte la Organización para la Mejora de la Calidad.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esa revisión?

- Profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores para abreviar) le preguntarán (a usted o a su representante) por qué considera que la cobertura de los servicios debe continuar. No necesita preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que les ha dado nuestro plan.
- Antes de que finalice el día los evaluadores nos informan acerca de su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** de nuestra parte explicándole los motivos por los cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Un día completo después de la recepción de toda la información que necesitan, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores responden afirmativamente?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, entonces debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o los copagos, si corresponden). Pueden existir limitaciones en los servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores responden de manera negativa?

- Si los revisores responden de manera **negativa**, entonces la cobertura de sus servicios finalizará en la fecha que le comunicamos.
- Si decide continuar recibiendo el cuidado de la salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios del Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) **después** de la fecha de finalización de la cobertura, entonces **deberá pagar usted el costo completo** de esta atención médica.

Paso 4: Si se rechaza su Apelación de Nivel 1, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo la atención después de la finalización de la cobertura de su atención, podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Mediante una Apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise la decisión para la primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, tal vez deba pagar el costo total de sus cuidados de la salud en el hogar, o de la atención médica en un centro de enfermería especializada o los servicios del Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) a partir del día posterior a la fecha que dispusimos que finalizara la cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta evaluación en un **plazo de 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad haya rechazado su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si continuó recibiendo atención después de la fecha de finalización de su cobertura de atención.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión secundaria de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad revisarán detenidamente toda la información relacionada con la apelación.

Paso 3: Dentro de los siguientes 14 días de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde de manera afirmativa?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención médica que recibió a partir de la fecha en la que le informamos que finalizaría la cobertura.

Debemos continuar proporcionando cobertura de su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen límites de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde de manera negativa?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que se tomó con respecto a su Apelación de Nivel 1.
- La notificación que recibirá le informará por escrito qué puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le dará detalles acerca de cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es administrado por un juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar el proceso de apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2, que hacen un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una Apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto figuran en el aviso escrito que recibió después de la decisión de su Apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje maneja la Apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a otras instancias

Sección 10.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada si usted hizo una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado cumple determinados niveles mínimos, usted puede pasar a los niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares está por debajo del nivel mínimo, ya no puede seguir apelando. La respuesta escrita que reciba en su Apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan en forma muy parecida. A continuación, se indica quién maneja la evaluación de su apelación en cada uno de estos niveles.

Nivel 3 de Apelación **Un juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje que trabaja para el gobierno** federal revisará su apelación y le responderá.

- **Si el juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje rechaza su apelación, el proceso de apelación puede terminar o no**. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 de Apelación, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable. Si decidimos apelar, pasará a una Apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un lapso de 60 días después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación del Nivel 4 y todos los documentos adjuntos. Nosotros podemos esperar la decisión de la Apelación del Nivel 4 antes de autorizar o prestar la atención médica en controversia.
- **Si el juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje rechaza su apelación, el proceso de apelación *puede* terminar o *no***.
    - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
    - Si no desea aceptar la decisión, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para una Apelación de Nivel 4.

Nivel 4 de Apelación El **Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo)** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud para la revisión de una decisión favorable de Nivel 3 de Apelación, el proceso de apelación *puede* o *no* haber finalizado.** A diferencia de una

decisión en el Nivel 2 de Apelación, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que le sea favorable. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.

  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un lapso de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.

- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede* o *no* haber terminado**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no desea aceptar la decisión, podría avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que obtenga le indicará si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

Nivel 5 de Apelación Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aprobar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de MassHealth (Medicaid)

También tiene otros derechos de apelación si su apelación se refiere a servicios o artículos que MassHealth (Medicaid) generalmente cubre. La carta que reciba de la oficina de Audiencia Justa le dirá qué hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

- **No estoy de acuerdo con la decisión sobre mi apelación. ¿Qué puedo hacer?**

Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación, puede solicitar una audiencia ante la Junta de Audiencias (Board of Hearings, BOH) de la Oficina de Medicaid. La BOH no forma parte de WellSense.

Dispone de 120 días naturales para presentar una solicitud de audiencia ante el BOH. Puede obtener una audiencia por los siguientes motivos:

- Usted no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su apelación.
- No tomamos una decisión sobre su apelación dentro de los plazos permitidos descritos en las secciones anteriores de este documento
- Desestimamos su apelación porque la presentó después del plazo.

Sección 10.3 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada si usted hizo una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del medicamento que ha apelado cumple determinados niveles mínimos, usted puede pasar a los niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es menor, ya no puede apelar. La respuesta escrita que reciba en su Apelación de Nivel 2 le explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan en forma muy parecida. A continuación, se indica quién maneja la evaluación de su apelación en cada uno de estos niveles.

Nivel 3 de Apelación **Un juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje que trabaja para el** gobierno federal revisará su apelación y le responderá.

- **Si la respuesta es afirmativa, termina el proceso de apelación**. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje **en un plazo de 72 horas (24 horas en apelaciones aceleradas) o hacer el pago antes de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *puede* o *no terminar***.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para una Apelación de Nivel 4.

Nivel 4 de Apelación El **Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo)** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, termina el proceso de apelación**. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas en apelaciones aceleradas) o hacer el pago antes de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación puede o no terminar**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no desea aceptar la decisión, podría avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su solicitud de revisar la apelación, la notificación le indicará si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. También le indicará con quién debe comunicarse y qué pasos debe seguir si decide continuar su apelación.

Nivel 5 de Apelación Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aprobar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

SECCIÓN 11 Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente y otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de queja?

El proceso de quejas se usa *únicamente* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está usted insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, atención inadecuada de servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien lo trató mal o fue irrespetuoso con usted? • ¿Está insatisfecho con Servicios para Miembros? • ¿Considera que se lo está alentando a retirarse del plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para obtener una cita o tiene que esperar demasiado tiempo para obtenerla? • ¿Los médicos, los farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han dejado esperando demasiado tiempo? ¿O por parte de nuestro Servicios para Miembros u otros integrantes del personal del plan? o Entre los ejemplos, se incluyen aguardar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera, en el momento de obtener una receta o en la sala de exámenes.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o estado de una clínica, hospital o el consultorio del médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la puntualidad de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y apelaciones)	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, puede presentar una queja sobre nuestra tardanza. Los siguientes son algunos ejemplos: • Nos solicitó una "decisión rápida de cobertura" o una "apelación rápida", y le dijimos que no; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrirlo o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos, o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también se denomina **un reclamo**.
- **Presentar una queja** también se denomina **presentar un reclamo.**
- **Usar el proceso de quejas** también se denomina **usar el proceso para presentar un reclamo.**
- Una **queja rápida** también se llama **queja acelerada**.

Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros inmediatamente; por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, llamar a Servicios para Miembros es el primer paso.**Si necesita saber algo más, Servicios para Miembros se lo informará.
- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si envía la queja por escrito, responderemos a esta queja por escrito.
- **Hay tres maneras en las que puede presentar un reclamo:**
  - Por teléfono: llámenos al 855-833-8125 (TTY: 711). Estamos a su disposición para ayudarle a presentar una queja del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes de 8 a 20 horas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: 7 días a la semana de 8 a 20 horas
  - Envíe su queja por correo o fax a:
    Opciones de atención para personas mayores en WellSense
    Atención: Apelaciones de los miembros
    100 City Square, Suite 200
    Charlestown, MA02129
    Fax: 617-897-0805
- **Independientemente de que llame o escriba, debe comunicarse de inmediato a Servicios para Miembros.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el que desea presentar la queja.

Paso 2: Estudiamos su queja y le damos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, quizás podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden en un término de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el atraso es por su bien o si usted pide más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, le avisaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o apelación rápida, automáticamente le daremos una**

queja rápida. Si tiene una queja rápida, significa que le **responderemos en el término de 24 horas**.

- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o con parte de su queja, o no asumimos ninguna responsabilidad por el problema sobre el cual se queja, incluiremos los motivos en nuestra respuesta.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su queja es por la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por gobierno federal para revisar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja a la Organización para la Mejora de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo**.

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare y MassHealth (Medicaid) sobre su queja

Usted puede presentar una queja sobre WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingrese a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

El programa *My Ombudsman* ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas en el servicio o de facturación. Ellos pueden ayudarlo a presentar un reclamo o apelación a nuestro plan.

Método	My Ombudsman: información de contacto
POR TELÉFONO	855-781-9898 Disponible de 9:00 a. m a 4:00 p. m., de lunes a viernes
TTY	711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
POR ESCRITO	Envíe un correo electrónico a info@myombudsman.org.
SITIO WEB	www.myombudsman.org

CAPÍTULO 9:
Cómo finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción para finalizar su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía a WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (su propia decisión) o **involuntaria** (no es su decisión):

- Podría retirarse de nuestro plan porque decidió que *desea* hacerlo. Las secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo finalizar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones específicas en las que podemos vemos obligados a dar por finalizada su membresía aunque usted no decida dejar el plan. La Sección 5 brinda información sobre las situaciones en las que debemos dar por finalizada su afiliación.

Si abandona el plan, nuestro plan debe continuar brindando su atención médica y medicamentos recetados y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Usted podría finalizar su membresía porque tiene Medicare y MassHealth (Medicaid)

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden finalizar su membresía únicamente durante ciertos períodos del año. Como usted tiene MassHealth (Medicaid), podrá finalizar su membresía en nuestro plan o pasar a un plan diferente una sola.

Sin embargo, todas las personas que tengan Medicare pueden realizar cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el Período de inscripción anual. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de inscripción anual.

- Elija cualquier otro tipo de plan de Medicare:
    - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados
    - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente,

- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por excluirse de la inscripción automática). O bien,
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporcione Medicare y la mayoría o todos los beneficios y servicios de MassHealth (Medicaid) en un plan.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Comuníquese con la Oficina de MassHealth (Medicaid) de Massachusetts para obtener información acerca de sus opciones de planes de MassHealth (Medicaid) (los números de teléfono figuran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

- Otras opciones de planes de salud de Medicare están disponibles durante el **Período de inscripción anual**. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de inscripción anual.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, se cancelará su membresía el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de cambio de plan. Su inscripción en el nuevo plan empezará también en este día.

Sección 2.2 Podrá finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede finalizar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también denominado Período de inscripción abierta anual). Durante este período, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o realizar cambios a su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados

- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente

O BIEN

- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente

- **Su membresía en nuestro plan** finalizará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados independiente, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por excluirse de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable por 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe después en un plan de medicamentos de Medicare.

Sección 2.3 Podrá finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* solo cambio a su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo, y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan MA, desde el mes del derecho a la Parte A y parte B hasta el último día del tercer mes de derecho a la cobertura.
- **Durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage,** usted puede:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

- **Su membresía finalizará** el primer día del mes siguiente a su inscripción en un plan de Medicare Advantage diferente o a la recepción de su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también opta por inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía al plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, podrá finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, usted podría calificar para finalizar su membresía a otros períodos del año. Esto se denomina un **Período de inscripción especial**.

Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted, podrá ser elegible para finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial. Los siguientes son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede contactarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Normalmente, cuando se muda.
- Si tiene MassHealth (Medicaid).
- Si es elegible para "Ayuda adicional" para el pago de los medicamentos recetados de Medicare.
- Si incumplimos nuestro contrato con usted.
- Si recibe atención en una institución, como un asilo de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de atención médica integral para ancianos (PACE).

Nota: La Sección 2.1 le brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas con MassHealth (Medicaid).

Los períodos de inscripción varían según la situación.

Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar su cobertura médica y de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados

- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente,
- – *o* – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable por 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe después en un plan de medicamentos de Medicare.

Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados independiente, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por excluirse de la inscripción automática.

Por lo general, se cancelará su membresía el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de cambio de plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para personas con MassHealth (Medicaid) y "Ayuda adicional".

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede:

- **Llamar a Servicios para Miembros**
- Encontrar la información en el manual ***Medicare y usted 2025***.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía a nuestro plan?

En la siguiente tabla se explica cómo debe finalizar su membresía a nuestro plan.

Si desea pasarse de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
• Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, automáticamente será dado de baja de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP).
• Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente	• Inscribirse en el nuevo plan de Medicare para medicamentos recetados. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, automáticamente será dado de baja de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP).

Si desea pasarse de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
• Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente ○ Si usted se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados independiente, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que se haya retirado de la inscripción automática. ○ Si cancela su inscripción a una cobertura de medicamentos recetados de Medicare y carece de cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.	• **Envíenos una solicitud escrita para cancelar su inscripción** Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto. • También puede comunicarse con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y solicitar que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Será dado de baja automáticamente de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) *cuando* comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable por 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe después en un plan de medicamentos de Medicare.

Para preguntas acerca de sus beneficios de MassHealth (Medicaid), contáctese con MassHealth (Medicaid) sin costo al 1-800-841-2900, TTY 1-800-497-4648, disponible de 8 a. m. a 5 p. m. de lunes a viernes. Pregunte cómo afecta a su cobertura MassHealth (Medicaid) el hecho de inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus artículos y servicios médicos, y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que su membresía en WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) termine, y comience su nueva cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid), usted debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos, y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando a nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando nuestras farmacias de la red o de pedidos por correo para surtir sus recetas.**
- **Si es hospitalizado el día que finalice su membresía, su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta** (aunque reciba el alta después de que inicie su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía al plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía al plan?

WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía al plan si sucede cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si usted ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si usted ya no es elegible para MassHealth (Medicaid). Según se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1 nuestro plan es para las personas que califican tanto para Medicare como para MassHealth (Medicaid). Si pierde su cobertura de MassHealth Standard (Medicaid) con categoría de ayuda elegible para SCO, WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) le otorgará un mes adicional de cobertura con nuestro plan más allá de su pérdida de cobertura de MassHealth Standard (Medicaid). Si no recupera su cobertura de MassHealth Standard (Medicaid) en ese período, finalizará su membresía en WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP)
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se ausenta de nuestra zona de servicio durante más de seis meses.

  - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicio para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja forma parte del área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense ni posee residencia legal en Estados Unidos
- Si miente u oculta información sobre otros seguros que le brindan cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan, y dicha información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar el plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si usted se comporta continuamente de forma incorrecta y dificulta que nosotros le brindemos atención médica a usted y otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar el plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación del plan para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar el plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
  - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare podría enviar su caso al inspector general para que lo investigue.
- Si usted tiene que pagar la cantidad adicional de la Parte D a causa de sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía, llame a Servicio para Miembros.

Sección 5.2 No podemos pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con la salud

WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) no tiene autorización para solicitar que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si ocurre eso?

Si considera que se le solicita que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía a nuestro plan

Si finalizamos su membresía a nuestro plan, debemos indicarle nuestras razones por escrito para cancelarla. Además, debemos explicar cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 10:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Notificación sobre la legislación vigente

La principal ley que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones creadas bajo la Ley de Seguro social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan debe cumplir las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, alguna discapacidad física o de salud mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de la idoneidad para ser asegurado o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben acatar las leyes federales contra la discriminación, que incluyen el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, el Artículo 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, todas las demás leyes que aplican para organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o regla que aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes relacionadas con la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en https://www.hhs.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llame a Servicio para Miembros. Si tiene una queja, como un problema de acceso con la silla de ruedas, Servicio para Miembros pueden ayudarlo.

WellSense Health Plan designa un Coordinador de la Sección 1557 que es responsable de investigar cualquier presunto incumplimiento en virtud de la Sección 1557 dentro de sus programas y actividades de salud. Si cree que no hemos proporcionado estos servicios o lo hemos discriminado de otra manera sobre la base de cualquier

identificador enumerado anteriormente, puede presentar un reclamo o solicitar ayuda para hacerlo en:

Coordinador de derechos civiles/Coordinador de la sección 1557
100 City Square, Suite 200
Charlestown, MA 02129
Teléfono: 855-833-8128 (TTY: 711)
Fax: 617-897-0805

SECCIÓN 3 Notificación de los derechos de subrogación de Medicare como asegurador secundario

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el asegurador primario. De acuerdo con las regulaciones de CMS en 42 CFR las secciones 422.108 y 423.462, WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP), como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejercita el Secretario según normas CMS en subpartes B a D de parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección sustituyen cualquier ley estatal.

WellSense Health Plan designa un Coordinador de la Sección 1557 que es responsable de investigar cualquier presunto incumplimiento en virtud de la Sección 1557 dentro de sus programas y actividades de salud. Si cree que no hemos proporcionado estos servicios o lo hemos discriminado de otra manera sobre la base de cualquier identificador enumerado anteriormente en la Sección 2, puede presentar un reclamo o solicitar ayuda para hacerlo en:

Coordinador de derechos civiles/Coordinador de la sección 1557
100 City Square, Suite 200
Charlestown, MA 02129
Teléfono: 855-833-8128 (TTY: 711)
Fax: 617-897-0805

CAPÍTULO 11: Definiciones de términos importantes

Estabilización Comunitaria de Crisis para Adultos (Adult Community Crisis Stabilization, ACCS): ACCS es un programa basado en la comunidad que sirve como una alternativa médicamente necesaria y menos restrictiva a la hospitalización psiquiátrica para pacientes hospitalizados cuando es clínicamente apropiado, y brinda servicios de tratamiento y estabilización de crisis las 24 horas, a corto plazo, seguros y estructurados para personas mayores de 18 años con trastornos de salud mental o por consumo de sustancias. La estabilización y el tratamiento incluyen la capacidad de proporcionar inducción al puente para medicamentos para el tratamiento del trastorno por consumo de opioides (MOUD) y el manejo de la abstinencia para los trastornos por consumo de opioides (OUD) según lo indicado clínicamente. El programa ACCS es una parte integral del modelo CBHC.

Intervención móvil de crisis para adultos (Adult Mobile Crisis Intervention, AMCI), anteriormente conocido como Programa de servicios de emergencia (Emergency Services Program, ESP): AMCI proporciona servicios basados en la comunidad de evaluación, intervención, estabilización y seguimiento de crisis de salud conductual para adultos por hasta tres días. Los servicios de AMCI están disponibles las 24 horas del día, los siete días a la semana, los 365 días del año, y se ubican en las instalaciones del CBHC. Los servicios se prestan como respuestas móviles al cliente (incluidas las residencias privadas), y se prestan a través de telesalud a personas mayores de 21 años cuando lo solicite el miembro o lo indique la Línea de ayuda de salud conductual (BH) 24/7 y sea clínicamente apropiado. AMCI opera programas ACCS con preferencia por los servicios de ubicación. Los servicios AMCI deben tener la capacidad de aceptar a adultos que ingresen voluntariamente a las instalaciones en ambulancias o mediante la entrega de autoridades de cumplimento de la ley a través de una entrada apropiada.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de prestar servicios quirúrgicos a pacientes que no exigen hospitalización y cuya estadía en el centro no superará las 24 horas.

Apelación: una apelación es lo que puede hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de dejar de brindar los servicios que usted está recibiendo.

Ayudas de Salud conductual para personas implicadas en la justicia (BH-JI): Apoyos BH-JI que ayudan a los Miembros con implicación en la justicia, incluidos aquellos miembros que están actualmente encarcelados o detenidos en un centro

correccional, liberados de una institución correccional en el plazo de un año, o que están bajo la supervisión del Servicio de Libertad Condicional de Massachusetts o de la Junta de Libertad Condicional de Massachusetts, a acceder a los servicios de atención médica, y principalmente a los servicios de salud conductual.

Período de beneficio: la manera en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (o de un centro de enfermería especializada SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o centro de enfermería especializada después de que se haya terminado un período de beneficio, comenzará un período nuevo. Usted debe pagar el deducible para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay límite para el número de períodos de beneficios. Tenga en cuenta: como miembro de un plan SCO, usted no tiene que pagar ningún costo compartido. Tenga en cuenta: Debido a que también tiene MassHealth Standard (Medicaid), no tiene que pagar por los servicios cubiertos.

Producto biológico – Un medicamento con receta que está hecho de fuentes naturales y vivas como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que se denominan biosimilares formas alternativas. (Véase también "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**”).

Biosimilar – Un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y efectivos como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (Véase «**Biosimilares intercambiables**»).

Medicamento de marca: un medicamento recetado que es fabricado y comercializado por las empresas farmacéuticas que inicialmente investigaron y desarrollaron el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y no suelen estar disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya vencido.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): agencia federal que administra Medicare.

Plan para Necesidades Especiales de Atención Crónica: Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción en función de los múltiples grupos de afecciones comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Coseguro: un monto que usted debe pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte del costo por servicios o medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible. Tenga en cuenta: como miembro de un plan SCO, usted no tiene que pagar ningún costo compartido. Tenga en cuenta: Debido a que también tiene MassHealth Standard (Medicaid), no tiene que pagar por los servicios cubiertos.

Queja: el nombre formal de presentar una queja es **presentar un reclamo**. El proceso de quejas se usa *únicamente* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF): centro que principalmente presta servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, entre los que se incluyen la fisioterapia, los servicios sociales o psicológicos, la terapia respiratoria, los servicios de patología del lenguaje y los servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago: cantidad que le puede corresponder pagar del costo de los servicios o suministros médicos, como por ejemplo la consulta médica, consulta hospitalaria ambulatoria o un medicamento con receta. El copago es una suma fija (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje. Hay un copago de $0 para miembros de Senior Care Options (SCO).

Costo compartido: se refiere a los importes que debe pagar un miembro cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) el monto de cualquier deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) el monto de cualquier copago fijo que requiera un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) el monto de cualquier coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que requiera un plan cuando se recibe un servicio o

medicamento específico. Hay un costo de $0 para miembros de Senior Care Options (SCO).

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento recetado está cubierto por el plan y la cantidad, si la hubiera, que usted debe pagar por la receta médica. En general, si presenta su receta en una farmacia y allí le indican que el medicamento no está cubierto por el plan, esto no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan decisiones de cobertura.

Medicamentos cubiertos: término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: término que usamos para referirnos a todos los servicios de atención de la salud y los suministros cubiertos por el plan.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, por parte de un empleador o sindicato) que promete pagar, en promedio, al menos tanto como lo que cubre la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando califican para Medicare, generalmente, pueden mantener dicha cobertura sin pagar una multa, si deciden, más adelante, inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidado de custodia o supervisado: el cuidado de custodia es la atención personal que usted recibe en un hogar de ancianos, en un centro para enfermos terminales o en otro centro cuando no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia, brindado por personas que no tienen capacidades profesionales o capacitación profesional, incluye ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de una cama o una silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionado con la salud que la mayoría de las personas hace por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado de custodia.

Tasa diaria de costo compartido: si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo de determinados medicamentos, y debe pagar un copago, es posible que se aplique una tasa diaria de costo compartido. Un costo compartido diario es el copago dividido entre la cantidad de días en el suministro de un mes. Por ejemplo: si su copago para el suministro de un mes de un medicamento es $30, y el suministro de un

mes de su plan es de 30 días, entonces su "tasa diaria de costo compartido" es de $1 al día. Hay una tarifa de costo compartido diario de $0 para miembros de Senior Care Options (SCO).

Deducible: la cantidad que usted debe pagar por la atención médica o las recetas antes de que nuestro plan pague. Hay un deducible de $0 para miembros de Senior Care Options (SCO).

Desafiliar o **cancelar su membresía**: proceso de terminar su membresía a nuestro plan.

Tarifa de suministro o despacho: tarifa que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar el costo de adquirir un medicamento recetado, como el tiempo que destina el farmacéutico a preparar y empaquetar la receta. Hay una tarifa de dispensación de $0 para miembros de Senior Care Options (SCO).

Planes de Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto para Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y la elegibilidad del individuo.

Persona con doble elegibilidad: Un adulto de 65 años o más, que sea elegible y esté inscrito en las Partes A y B de Medicare y que sea elegible y esté inscrito en la cobertura de MassHealth Standard. Esto incluye a los beneficiarios calificados de Medicare con Medicaid completo (QMB Plus) y a los beneficiarios de Medicare de bajos ingresos con Medicaid completo (SLMB Plus) de 65 años o más y con cobertura de MassHealth Standard.

Equipo médico duradero (DME): determinado equipo médico que su médico indica por razones médicas. Ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros diabéticos, bombas de infusión intravenosa, aparatos generadores de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para el uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona lega prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o pérdida o incapacidad grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una

enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos: (1) brindados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y (2) necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información: este documento, junto con su solicitud de inscripción y cualquier otro adjunto, anexo u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Excepción: tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no forma parte del formulario (una excepción al formulario) o le permite conseguir un medicamento no preferido a un nivel menor de costo compartido (una excepción de nivel). Usted también puede solicitar una excepción si el plan le solicita que pruebe con otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que eliminemos la restricción de criterios, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que usted está solicitando (una excepción al formulario de medicamentos).

Ayuda adicional: programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Plan de Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad Totalmente Integrado (Fully Integrated Dual Eligible Special Needs Plan, FIDE-SNP): Un plan de atención administrada como un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad que brinda a las personas con doble elegibilidad acceso a los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid) bajo una sola entidad. Además, cuyo contrato capitado con la agencia estatal de Medicaid proporciona cobertura, de acuerdo con la política estatal, de atención primaria específica, atención aguda, salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo, y proporciona cobertura de servicios de centros de enfermería durante un período de al menos 180 días durante el año del plan.

Medicamento genérico: medicamento recetado que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) por

contener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico tiene la misma eficacia que el medicamento de marca y su costo es menor.

Reclamo: un tipo de queja que realiza sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida una queja relacionada con la calidad de su atención. Este tipo de queja no se relaciona con controversias sobre la cobertura o el pago.

Asistente de cuidado de la salud en el hogar: una persona que presta servicios que no necesita la experiencia de un profesional en enfermería autorizado ni la de un terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Centro de cuidados paliativos: un beneficio que proporciona un tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, es decir, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si usted escoge un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como otros beneficios suplementarios que ofrecemos.

Estadía en el hospital para pacientes hospitalizados: una estadía en el hospital cuando ha sido ingresado formalmente al hospital por servicios médicos especializados. Aunque pase la noche en el hospital, se le puede considerar paciente ambulatorio.

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA): si sus ingresos brutos ajustados modificados según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años es superior a determinado monto, tendrá que pagar el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también llamado IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a la prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo tanto, la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período de tiempo en el que se puede inscribir en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si usted es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que inicia 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

D-SNP integrado – Un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de MassHealth (Medicaid) bajo un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas también se conocen como personas con todos los beneficios y doblemente elegibles.

Plan institucional de necesidades especiales (SNP): un plan de necesidades especiales que inscribe a personas que califican que residen de forma continua o que se espera que residan de forma continua durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estas instalaciones pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados o instalaciones aprobadas por los CMS que proporcionan servicios de atención médica similares a largo plazo que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los otros tipos de instalaciones nombradas. Un Plan institucional de necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual (o tener y operar) con los centros de LTC específicos.

Plan institucional equivalente de necesidades especiales (HMO D-SNP): un plan que inscribe a individuos elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de atención institucional de acuerdo con la evaluación estatal. La evaluación se deberá realizar mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención médica del Estado respectivo, y debe ser administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción a individuos que residen en un centro de asistencia para las actividades de la vida diaria (ALF) contratado, si es necesario para garantizar una atención especializada uniforme.

Biosimilares intercambiables – Un biosimilar que se puede utilizar como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Participación en la justicia: Los inscritos con participación en la justicia serán aquellas personas liberadas de una institución correccional dentro de un año, o que estén bajo la supervisión del Servicio de Libertad Condicional de Massachusetts o la Junta de Libertad Condicional de Massachusetts.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte "Ayuda adicional".

Programa de descuentos del fabricante – Programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en los acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos.

Monto máximo de desembolso directo: cantidad máxima que paga de desembolso directo durante el año calendario por los servicios de la Parte A y la Parte B. **Tenga en cuenta:** Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de MassHealth (Medicaid), los miembros no tienen un costo de desembolso directo.

MassHealth (Medicaid) (o Medical Assistance): un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas que tienen recursos e ingresos limitados. Los programas de Medicaid estatal varían, pero la mayor parte de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para MassHealth (Medicaid).

Indicación médicamente aceptada: uso de un medicamento aprobado por Food and Drug Administration o respaldado por determinadas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: programa de seguro médico federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en fase terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal que necesitan diálisis o trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo del 1 de enero al 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar la inscripción a su plan y cambiar a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare durante

este período, también puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces denominado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) un Plan HMO, ii) PPO, iii) un plan Privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS), o iv) un plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados.**

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como de la vista, dentales o de la audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Plan de salud de Medicare: plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada contratada por Medicare para brindar beneficios de la Parte A y la Parte B a los beneficiarios de Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye a todos los Planes Medicare Advantage, Planes de costos de Medicare, Planes de necesidades especiales, Programas piloto/de demostración y Programas de atención médica integral para ancianos (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): es un seguro para ayudar a los pacientes ambulatorios a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Póliza Medigap (Seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para llenar “vacíos” en Original Medicare. Las pólizas Medigap funcionan únicamente con Original Medicare. (Un Plan de Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro Plan o Miembro del Plan): persona con Medicare, que califica para recibir cuidados médicos cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicio para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan, que se encarga de responder sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, los reclamos y las apelaciones.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan en la que los miembros del plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si se adquieren en una de las farmacias de nuestra red de servicios.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención médica. **Los proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y en algunos casos para coordinar y prestar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se llaman “proveedores del plan”.

Determinación de la organización: una decisión que el plan toma sobre si los artículos o servicios están cubiertos o sobre cuánto debe pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura.

Producto biológico original – Un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y sirve como la comparación para los fabricantes que hacen una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Original Medicare (**Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio**): el gobierno ofrece Original Medicare y no es un plan de salud privado como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y a otros proveedores de atención médica con las cantidades establecidas por el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga la suya. Original Medicare

tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar ni proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan determinadas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tienen contrato con el plan para coordinar ni prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores que no pertenecen a la red son proveedores que no están empleados, no pertenecen ni son administrados por nuestro plan.

Costos de desembolso directo: consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos que recibió también se denomina requisito de costo de desembolso directo del miembro. Hay un costo de $0 para miembros de Senior Care Options (SCO).

Plan PACE: el plan PACE (Programa de atención médica integral para ancianos) combina servicios médicos, sociales y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) para ayudar a las personas a continuar siendo independientes y a vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto los beneficios de Medicare como los de MassHealth (Medicaid) a través del plan.

Parte C: consulte Plan de Medicare Advantage (MA).

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden ser cubiertos por la Parte D. Podremos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: el monto agregado a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si se queda sin cobertura acreditable (cobertura que se prevé que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta médica estándar de Medicare) durante un período

continuo de 63 días o más después de que es elegible o se une a la Parte D por primera vez. Si pierde la "Ayuda adicional", podría estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días o más consecutivos sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable.

Plan de una Organización de proveedores preferidos (PPO): un Plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan de Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o de fuera de la red. El costo compartido del miembro normalmente será más alto cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los gastos de desembolso directo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior sobre los gastos de desembolso directo combinados totales por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan médico para la cobertura de salud o medicamentos recetados. Hay un costo de prima de $0 para miembros de Senior Care Options (SCO).

Médico de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare debe consultar primero a su médico de atención médica primaria antes de consultar a otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Prótesis y dispositivos ortopédicos: los dispositivos médicos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazo, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y aparatos necesarios para reemplazar una parte del cuerpo interno o una función, incluyendo materiales de estoma y terapia de nutrición parenteral y enteral.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): grupo de médicos y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: una herramienta de control que está diseñada para limitar el uso de medicamentos selectos por motivos de calidad, seguridad o de utilización. Los límites pueden ser en la cantidad del medicamento que nosotros cubrimos por receta médica o por un período definido.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Área de servicio : un área geográfica donde debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. En el caso de los planes que limitan las opciones de médicos y hospitales que están a su disposición, por lo general, también es el área donde puede recibir los servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera de su área de servicios.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación proporcionados de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención son la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede aplicar una enfermera o un médico registrado.

Plan de necesidades especiales: clase especial de plan de Medicare Advantage que brinda atención de salud más focalizada en grupos específicos de personas, como aquellas que tienen tanto Medicare como MassHealth (Medicaid), que residen en un asilo o que padecen determinadas afecciones médicas crónicas.

Terapia escalonada: una herramienta de uso que le exige tomar otro medicamento primero para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó originalmente.

Seguridad de Ingresos Suplementarios (SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o son mayores de 65 años de edad. Los beneficios SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

Servicios Urgentes : Un servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata y que no sea una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, teniendo en cuenta el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes inesperados de

dolencias ya existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como exámenes anuales, no se consideran necesarias de urgencia, incluso si usted está fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible temporalmente.

Servicios para Miembros de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP)

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
POR TELÉFONO	855-833-8125 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo). Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación.
TTY	711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo).
POR FAX	617-897-0884
POR ESCRITO	WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) Departamento de Atención a los Miembros 100 City Square, Suite 200 Charlestown, MA 02129
SITIO WEB	wellsense.org/sco

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico de Massachusetts SHINE (Al servicio de las necesidades de seguro médico de todos) es un programa estatal que recibe financiamiento del Gobierno Federal para ofrecer orientación gratuita sobre seguro médico a los beneficiarios de Medicare.

Método	Información de contacto
POR TELÉFONO	800-AGE-INFO (800-243-4636), presione la opción 3 o la opción 5 si llama desde un teléfono celular, y deje un mensaje y un representante le responderá.
TTY	711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
POR ESCRITO	massoptions.org/massoptions
SITIO WEB	massoptions.org/massoptions

Declaración de divulgación PRA *De acuerdo con la Paperwork Reduction Act (Ley de reducción de papeleo, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que tenga un número de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB) válido. El número de control de OMB válido para esta recolección de información es el 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias sobre cómo mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, A/A: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*